

Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und ...

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **A. Damieno** (Neapel), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Strassburg), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New-York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Vierzehnter Jahrgang.

(Januar—December 1898.)

Berlin, 1898.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.



Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Briefkasten.

Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. Berlin, Januar. 1898. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1896.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	56	219	111	283	109	50	14	842
Deutschland	33	104	62	58	118	55	10	440
Grossbritannien und Colonien	24	60	54	60	90	29	6	323
Frankreich	20	90	85	26	69	16	14	320
Belgien und Holland	5	34	13	24	15	5	2	98
Oesterreich-Ungarn	7	19	8	14	25	5	4	82
Russland	1	3	5	17	9	3	—	38
Polen	3	3	1	11	9	—	—	27
Italien	3	10	5	—	8	—	—	26
Spanien	3	4	2	4	12	—	—	25
Schweiz	—	4	2	5	6	2	1	20
Skandinavische Königreiche	—	1	7	2	5	1	1	17
Zusammen	155	551	355	504	475	166	52	2258

Die vorstehende Statistik bietet keine Veranlassung zu eingehenderen Commentaren. Die Gesammtproduction ist gegenüber dem Vorjahr ziemlich unverändert geblieben; der Löwenantheil kommt diesmal den Arbeiten über Erkrankungen der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums zu. Die geringe Anzahl der Referate über italienische Arbeiten hat ihre Erklärung bereits im Briefkasten der Decembernummer 1897 gefunden.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Parotis etc.

1) **A. Baurowicz. Ueber einige wichtige Fälle, die auf der laryngologischen Abtheilung von Prof. Pieniazek in Krakau beobachtet wurden. (Wazniejsze przypadki spostrzegane w oddziale dla chorob krtani, gardla i nosa Prof. Pieniazka w krakowskim szpitalu sw tazarza.)** *Przeglad lekarski. No. 12, 13. 1897.*

2) **A. Baurowicz. Jahresbericht aus der laryngologischen Abtheilung Prof. Pieniazek's in Krakau im Jahre 1896. (Sprawozdanie z oddziatu dla chorób krtani gardla i nosa Prof. Pieniazka w szpitalu krajowym sw. tazarza w Krakowie za r. 1896.)** Krakow. 1897.

Im Jahre 1896 wurden auf der stationären Abtheilung der Klinik 111 Fälle beobachtet, darunter 18 Fälle von Sklerom. Dieselben wurden meist chirurgisch behandelt (Laryngofissur mit folgender Dilatation). Larynxstenose in Folge von Perichondritis kam 6mal, in Folge von Larynxcroup 5mal zur Beobachtung. Eingehend wird ein interessanter Fall von Larynxstenose in Folge von Compression der Trachea durch die Struma beschrieben.

Carcinom wurde 4mal beobachtet; in einem Falle war die ganze Hälfte des Larynx, im zweiten der untere Abschnitt des Pharynx, im dritten der vordere Theil des linken Stimmbandes und im vierten die Trachea ergriffen.

Es wurde ferner ein Fall von Pemphigus pharyngis, ein Fall von Phlegmone und 2 Paralysen des Recurrens beobachtet.

10mal wurde die Tracheotomie und 13mal die Laryngofissur ausgeführt.

Ambulatorisch wurden im Laufe des Jahres 588 Kranke behandelt.

SOKOLOWSKI.

3) **S. v. Stein. Sammelschrift, herausgegeben zur Eröffnung der Klinik für Nasen-, Rachen- und Ohrenkrankheiten von J. Basanowa. (Sbornik isdanni ko dnju otkritija kliniki ucha, nosa i gorla imeni J. S. Basanowoi.)** Moskau. 1897.

Die Arbeit enthält neben der Beschreibung einiger wirthschaftlicher Gegenstände Angaben über neue von Stein construirte Instrumente, wie Nasenspecula, Spiegelhalter, Adenoidenzange etc. Ausserdem wurden zwei eigenthümliche Fälle von Larynxerkrankung beschrieben; der eine betraf eine doppelseitige cystische Geschwulstbildung an den Stimmbändern, die durch Operation entfernt wurde. Im anderen Falle handelte es sich um einen entzündlichen Process des Larynx mit Krustenbildung — vom Autor Laryngitis desquamativa genannt — wo die Kruste trotz Aetzung und operativer Entfernung immer wiederkehrte. Erst der Aufenthalt in einem Schwefelbade brachte allmälig Linderung. Endlich finden sich in der vorliegenden Arbeit Angaben über die günstige Wirkung des Ferropyrins bei Höhleneiterung, Gingivitiden, Rhinitiden etc.

P. HELLAT.

4) **S. v. Stein. Beschreibung des Planes und der Einrichtung der Klinik für Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten von Julie Basanowa. (Opisanie plana i ustroistwa kliniki bolesnei ucha, nosa i gorla imeni J. S. Basanowoi.)** Moskau. 1896.

Eine ausführliche Beschreibung der von der Stifterin J. Basanowa ausserordentlich reich ausgestatteten Anstalt. Referent glaubt sich nicht zu irren, wenn er behauptet, dass die erwähnte Anstalt einzig in ihrer Art ist. T. HELLAT.

5) **W. Scheppegrell. Der Fortschritt der Laryngologie. (The progress of laryngology.)** *The Laryngoscope. April 1897.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

6) **H. J. Mulford. Die Bedeutung der Urinuntersuchung für den Laryngologen. (The importance of urinanalysis to the laryngologist.)** *The Laryngoscope. Februar 1897.*

Den Urin zu untersuchen ist wichtig für folgende Klassen von Fällen: bei Verdacht auf Rheumatismus; bei wiederholtem Nasenbluten; bei jedem unklaren Husten; bei profusem Nasen- oder Halscatarrh; bei Neigung zu häufigen Erkältungen; bei Heufieber; bei Kindern mit grossen Tonsillen und Nasenverstopfung.

M. berichtet über einige einschlägige Krankengeschichten.

FROTHINGHAM (LEFFERTS)

7) **E. Fletcher Ingals. Vereiterung der Bursa laryngea; Fremdkörper in der Nase; Verbiegung der Nasenscheidewand; hypertrophische catarrhalische Laryngitis. (Suppurating laryngeal bursa; foreign body in the nose; deflection of the nasal septum; hypertrophic catarrhal laryngitis.)** *Med. News. 13. Februar 1897.*

Klinische Vorlesung aus dem Rush Medical College, Chicago. Nichts Neues.

LEFFERTS.

8) **Ombrédonne** und **Klein. Angina Ludovici. (Angine de Ludwig.)** *Société Anatom. Paris. 15. Januar 1897.*

26jähriger Mann, in's Spital aufgenommen am 29. December wegen Anfälle von Asphyxie. verursacht durch eine Phlegmone am Halse, die seit 3 Tagen besteht. Es wird sofort incidirt, wobei sich 3—4 g Eiter aus der Tiefe entleeren. Die Asphyxie dauert an und es wird die Tracheotomie zwischen Ring- und Schildknorpel gemacht. In den nächsten Tagen werden die seitlichen Partien des Halses und dann auch das Gesicht afficirt, trotz ausgiebiger Incisionen. Ein blutiges Serum mit Gasblasen tritt aus. Am 4. Januar Exitus letalis. Bei der Section findet man den Hals, die sublingualen Gewebe und den ganzen Mundboden in eine gangränöse Masse umgewandelt; Oedem der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten; der Eiter enthält Streptokokken und Staphylokokken.

A. CARTAZ.

9) **Rutherford** (Glasgow). **Kiemengangsfisteln. (Branchial fistulae.)** *Glasgow Med. Journal. Januar 1897.*

14jähriger Knabe, der links am Halse eine Narbe trägt, die von einer durch

Cauterisation geschlossenen Fistel stammt und rechts eine Fistel hat, die gelegentlich zur Cyste wird. Nach R.'s Auffassung entsprechen diese Fisteln dem 2. und 3. Kiemengang.

P. MC. BRIDE.

10) **R. Trzebicky** (Krakau). **Zur Casuistik seltener Localisationen von Dermoidcysten.** *Wiener med. Wochenschr. 1897. No. 10.*

Verf. berichtet u. A. auch über 2 Dermoide des Halses.

CHIARI.

11) **A. W. de Roaldes. Ein bemerkenswerther Fall von Fibrochondrom branchialen Ursprungs (Teratom des Rachens) entfernt aus dem Halse eines sechs Wochen alten Kindes. (A remarkable case of fibro-chondroma of branchial origin (pharyngeal teratoma) removed from the throat of an infant six weeks old.)** *N. Y. Med. Journal. 6. Februar 1897.*

Vortrag, gehalten auf dem 18. Jahrescongress der American Laryngological Association.

LEFFERTS.

12) **G. J. Hankins** (Sydney N. S. W.). **Ein Fall von Neuro-Fibromatosis bei Vorhandensein eines grossen sarcomatösen Tumors am Halse. Operation. Verletzung und Ligatur des Ductus thoracicus. (Case of Neuro-Fibromatosis associated with large sarcomatous tumour in the neck. Operation. Wound and ligature of thoracic duct.)** *Australian Med. Gazette. 20. Februar 1897.*

Die Patientin war 39 Jahre alt. Bei der Exstirpation der sarcomatösen Geschwulst, deren unterer Rand unter die Clavicula reichte, wurde der Ductus thoracicus verletzt. Derselbe wurde dann doppelt unterbunden und ganz durchschnitten. Der Heilungsverlauf war ein guter; es trat keinerlei Störung auf. H. bemerkt, dass bei Nichtunterbindung des angeschnittenen Ductus thoracicus der Chylus entweder nach aussen abfliessen oder in dem linken Pleurasack sich ansammeln müsste, was beides in kurzer Zeit gefährlich werden würde.

A. J. BRADY.

13) **Prothon. Spasmodischer Schiefhals. (Torticollis Spasmodique.)** *Lyon méd. 17. Januar 1897.*

58jähriger Mann, seit einem Jahr an spasmodischem Schiefhals leidend, zu dem sich ein Theil der Gesichtsmuskeln und besonders der Lippen hinzugesellt. Das Leiden hat bisher jeder Behandlung widerstanden. Am 10. Mai resecirt Nové-Josserand den äusseren Ast des Spinalis. Deutliche Besserung. Im October von Neuem starke Krämpfe. In Folge dessen Durchschneidung des linken Kopfnickers, des Trapezius und der anderen in Frage kommenden Halsmuskel. Die Contracturen werden allmälig geringer und die Schmerzen verschwinden; der Tic aber scheint stärker geworden zu sein. Der Kopf fällt fast beständig nach der linken Seite; in functioneller Hinsicht aber scheint der Muskelschnitt keine üblen Folgen gehabt zu haben.

A. CARTAZ.

14) **Croutes. Parotisentzündung durch Bleivergiftung. (Parotitide saturnine.)** *Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie. 7. März 1897.*

Diese Form der Parotitis tritt meist schleichend auf als subacute Entzün-

dung, die aber durch anfallsweise Exacerbationen unterbrochen wird. Die Geschwulst ist zumeist symmetrisch, seltener einseitig; sie kann die Grösse einer halben Orange erreichen. Sie wächst etwas zur Zeit der Mahlzeiten. Die Haut über derselben bewahrt ihre normale Farbe. Der Schmerz ist meist wenig ausgesprochen und tritt im Allgemeinen nur während der Kaubewegungen hervor.

PAUL RAUGÉ.

15) **Bein** (Berlin). **Ueber Mumpsbacterien.** 15. Congress f. inn. Medic. Berlin 1897. — *Deutsche med. Wochenschr. 1897. Vereinsbeilage No. 18.*

Vortragender hat aus dem Secret des Duct. Stenonianus, aus dem Abscesseiter der Parotis und einmal aus dem Blute einen Streptococcus gezüchtet, den er für den Erreger des Mumps hält. Das Bacterium ist dem Gonococcus und dem Meningococcus ähnlich, wächst auf Agar, Peptonbouillon Ascitesflüssigkeit, macht Milch gerinnen, verflüssigt Gelatine. Frische Culturen tödten Mäuse.

Weitere Uebertragungsversuche misslangen.

ZARNIKO.

16) **Vitrac** und **Laubie. Weite syphilitische Ulceration der Wange, nach und nach die Suborbital- und Temporalgegend, die Parotis- und Carotisgegend ergreifend. (Vaste ulcération syphilitique de la joue ayant envahi successivement la région sous-orbitaire et les régions temporale, parotidienne et carotidienne.)** *Société d'anatomie et de physiol. de Bordeaux. Journ. de méd. de Bordeaux. No. 21. Mai 1897.*

Demonstration der bei der Section des 43jährigen Mannes gewonnenen Präparate. Die specifische Therapie hatte versagt. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose auf malignes Syphilom.

E. J. MOURE.

17) **Jakowenko** (Schischah). **Zur Frage über die Natur der Mischgeschwülste der Parotis.** Dissert. Würzburg 1897.

Bei einem 50jähr. Pat. wurde eine etwa birnengrosse Geschwulst aus der rechten Parotis entfernt, welche bei der histologischen Untersuchung als ein Endotheliom erkannt wurde, mit einem derben Kern von rein fibröser Beschaffenheit (Fibrom).

SEIFERT.

18) **Du Castel** (Paris). **Cylindrom der Parotisgegend. (Cylindrôme de la région parotidienne.)** *Société franç. de dermatologie et de syphiligraphie. 11. Februar 1897.*

Es handelt sich um einen 45jährigen Patienten, der 6mal innerhalb 6 Jahren wegen eines enormen Cylindroms der Parotisgegend operirt war; der Tumor wuchs jedesmal mit äusserster Raschheit wieder. Das Allgemeinbefinden ist trotz dieser Tendenz zu Recidiven relativ gut erhalten.

PAUL RAUGÉ.

19) **Lennox Browne. Ein Beitrag zur Geschichte der Galvanokaustik in ihrer Beziehung zu den Nasen- und Nasenrachenraumkrankheiten. (A contribution to the history of galvano-cautery in relation to diseases of the nose and naso-pharynx.)** *Liverpool Med.-Chir. Journal. Januar 1897.*

Nichts von Bedeutung.

P. Mc BRIDE.



20) **Kirstein. Verhütung des Beschlagens des Kehlkopfspiegels ohne Erhitzen. (A procedure for preventing cloudiness on the laryngeal mirror without heating it.)** *N. Y. Medical Journal. 19. März 1897.*

Der Spiegel wird mit ein wenig weicher Seife bedeckt, so dass er klar bleibt. Die Seife absorbirt die Wasserdämpfe. Ein Beschlagen der Spiegelfläche findet nicht statt. Dies Verfahren ist auch bei den Mikroskoplinsen anwendbar.

LEFFERTS.

21) **George Wallis. Zur Verhütung des Beschlagens des Kehlkopfspiegels. (To prevent the clouding of laryngoscopes.)** *N. Y. Med. Record. 17. April 1897.*

W. schmiert einfach die Spiegelfläche mit Seife ein und trocknet sie mit einem trocknen Tuche. Das störende Erwärmen des Spiegels über der Lampe wird dadurch überflüssig.

LEFFERTS.

22) **Nöll** (Langen-Schwalbach). **Ein neuer Aetzmittelträger für Krystalle von Chromsäure und Trichloressigsäure.** *Der ärztl. Praktiker. 18. 1897.*

Den Griff der von Fränkel angegebenen Sonde hat N. in eine 7 cm lange und etwa 3 cm breite Schleife umändern lassen zur sichern Handhabung; der Sondenknopf ist in einen stumpfen Löffel verwandelt.

SEIFERT.

23) **W. Sutherland. Ein tragbarer Inhalator. (A portable inhaler.)** *British Med. Journ. 28. März 1896.*

Aus Celluloid, in der Form und Farbe einer Cigarre oder Cigarette. (Abbildung.) Zu beziehen bei Arnold Sons, London.

ADOLPH BRONNER.

24) **Bergeat. Modification des Rauchfuss'schen Kehlkopfpulverbläsers für eine gute Localisation des Pulvers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1897.*

Man kann die störende Beugung des Zeigefingers verhindern und dem Bläser während seiner Entleerung die wünschenswerthe Stabilität verschaffen, wenn man schon in der Ruhelage den Zeigefinger um so viel mehr in die Beugestellung bringt, wie den Mittelfinger, als die wirkliche Beugung des Zeigefingers während der Compression des Ballons ausmacht. Dies erreicht man, wenn eine tiefere Rinne für den Zeigefinger am Ballon angebracht wird; zu haben ist derselbe bei Katsch, München, Bayerstrasse 26.

SCHECH.

25) **Strauch. Ein neuer an die Central-Niederdruck-Dampfheizung angeschlossener Sprayapparat.** Verhdl. der IV. Vers. südd. Laryng. 1897.

Der eigentliche Spray, in welchen der aus der Leitung austretende Dampf eintritt, ist auf einem Stativ befestigt; zwischen demselben und dem Heizkörper ist eine birnförmige Flasche eingeschaltet zum Sammeln des Condenswassers. Der Apparat ist nach jeder Richtung hin beweglich, kann Tag und Nacht ohne Schwankung an Intensität in Gebrauch gezogen werden und hat sich bei tracheotomirten Kindern vortrefflich bewährt; sein Nachtheil ist, dass er in den Sommermonaten nicht benutzt werden kann, doch giebt es zu dieser Jahreszeit wenig Diphtherien.

SCHECH.

26) **R. Kretz** (Wien). **Der Dampfsterilisator des staatlichen Institutes für Erzeugung von Diphtherieheilserum in Wien.** *Das österreichische Sanitätswesen. No. 9. 1897.*

Genaue Angabe der Construction sowie der Vortheile dieses Apparates, der die Benutzung des Dampfes von einem Maschinenkessel, der anderweitige Dienste leistet, gestattet und es ermöglicht, je nach der Art der zu desinficirenden Objecte, die Sterilisation bei höherem oder niederem Drucke in entsprechender Temperatur vorzunehmen. Man kann mit demselben erforderlichenfalls auch schwer durchdringliche Objecte von sehr widerstandsfähigen Keimen befreien.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

27) **J. H. Farber. Zur Toilette der Nase. (The toilet of the nose.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 20. Februar 1897.*

F. betont die Nothwendigkeit der Reinhaltung der Nasenhöhlen. Dieselben sollen jeden Morgen mit einer warmen alkalischen Lösung ausgewaschen werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **P. Bergengrün** (Riga). **Ueber den Werth der Nasenspülungen.** *Therapeut. Wochenschr. 1897. No. 13 u. 14.*

Zweck derselben. Indicationen, eventuelle Gefahren. Arten der Ausführung. Verschiedene Hülfsmittel. Verf. betont besonders:

1. Bei kleinen Kindern dürfen Nasenspülungen nur mit äusserster Vorsicht ausgeführt werden;
2. Die Spülflüssigkeit darf nicht par force in die Nase getrieben werden;
3. Während des Stromlaufes darf weder phonirt, noch geschluckt werden;
4. Es dürfen nicht zu grosse Mengen von Flüssigkeiten in ununterbrochenen Laufe durch die Nase fliessen;
5. Es muss auf die Beschaffenheit der Spülflüssigkeit geachtet werden, besonders bezüglich:
   a) Temperatur,
   b) Chemischer Zusammensetzung.

CHIARI.

29) **P. Bergengrün. Ueber den Werth der Nasenspülungen.** *St. Petersburger med. Zeitung. No. 24. 1897.*

Eine etwas zu emphatische Empfehlung von Nasenspülungen, ohne genügende Kritik.

P. HELLAT.

30) **J. North. Acuter Nasencatarrh oder Coryza. (Acute nasal catarrh or coryza.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. Januar 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

31) **Redact. Notiz. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *Texas Medical Journal Januar 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).



32) **M. Gaston. Die Coryza und der nächtliche Krampfhusten der kleinen Kinder. (Coryza and the nocturnal spasmodic cough of young children.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Januar 1897.*

G. bespricht die Häufigkeit und die Schwere der Coryza bei kleinen Kindern. Er theilt vier Fälle aus seiner Beobachtung mit. Wenn die Kinder im Bett liegen, fliesst das nasale Secret der Coryza posterior in den Rachen und Kehlkopf und löst reflectorisch Glottiskrampf aus.

LEFFERTS.

33) **Thomalla. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Med. Record. 16. Januar 1897.*

Verf. empfiehlt als schnellwirkendes Mittel gegen acute und chronische Coryza und auch gegen Jodschnupfen die Einführung von Zäpfchen aus Cacaobutter mit Alumnol, Valerianaöl und Menthol in die Nase.

LEFFERTS.

34) **C. Theisen. Ein neues Schnupfpulver gegen acuten Schnupfen. (A new powder for acute coryza.)** *Albany Med. Annals. Januar 1897.*

Rp. Natr. bicarbonic.
Natr. biborac. ana 0,5
Amylum 0,3
Acacia 3,75
Nosophen ad 30,0.

S. 3mal täglich, nach Reinigung der Nase mit einem alkalischen Spray, in diese einzupudern.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

35) **J. S. Woodruf. Phenacetin bei Nasencatarrh. (Phenacetine in nasal catarrh.)** *The Med. Times and Register. 6. Februar 1897.*

W. gab Phenacetin mit Nutzen als Schnupfpulver oder Spray in folgender Form:

Rp. Phenacetin 3,75
Pulv. acaciae 7,5
Amylum 3,75

resp.

Rp. Phenacetin 10,0
Ac. acetici dilut. 60,0
Glycerin 7,5.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

36) **Courtade. Abortivbehandlung der acuten Coryza mit nasalen Irrigationen von 50°. (Traitement abortif du coryza aigu par l'irrigation nasale à 50°.)** *Soc. de thérap. 27. Januar 1897. Bull. gén. de Thérap. 8. Februar 1897.*

C. hält die heissen Nasendouchen für das beste Abortivmittel bei acutem Schnupfen. Das Wasser muss aber sehr warm (50°) und leicht alkalisch sein. Unter dem Einfluss der Douche, die bei dieser Temperatur leicht ertragen wird, nimmt die Congestion der Nasenschleimhaut ab, der Ausfluss hört auf und der Kopfschmerz verschwindet.

A. CARTAZ.

37) **Lermoyez. Zur Abortivbehandlung des Schnupfens. (To abort coryza.)** *N. Y. Medical Record. 27. Februar 1897.*

Rp. Ac. phenic. purum
Spirit. ammoniae ana 5,0
Alcohol (90 proc.) 10,0
Aqu. destill. 15,0.

M. D. S. 10 Tropfen auf Löschpapier 1 stündlich zu inhaliren.

LEFFERTS.

38) **H. B. Whitney. Zur Abortivbehandlung der Coryza. (To abort coryza.)** *N. Y. Medical Record. 8. Mai 1897.*

Pat. erhält 1 Pulver von je 0,3 g Pulv. Doweri und Phenacetin. Er kommt dann für 10 Minuten in ein heisses Bad, bekommt eine heisse Limonade oder heissen Punsch und wird in wollene Decken zum Schwitzen eingeschlagen. Nach $^1/_2$ Stunde — während des Schwitzens — erhält er ein zweites Dower'sches Pulver mit Phenacetin (ana 0,3). Nachdem Patient etwa 1 Stunde geschwitzt hat, wird er trocken abgerieben; er bleibt bis zum nächsten Morgen zu Bette.

LEFFERTS.

39) **Redaction. Notiz. Gegen Schnupfen. (Coryza.)** *N. Y. Medical Record. 13. März 1897.*

Rp. Uran. acetic. 0,05—0,09
Gerösteter Kaffee (fein gepulvert) 10,0

M. D. S. 1 Prise voll 2- oder 3 mal täglich aufzuschnupfen.

LEFFERTS.

40) **J. C. Montgomery. Einige Methoden in der Behandlung des Nasencatarrhs. (Some methods in the treatment of nasal catarrh.)** *Charlotte Med. Journal. März 1897.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

41) **Redact. Notiz. Ein vortreffliches Adstringens bei Nasencatarrh. (An excellent adstringent for nasal catarrh.)** *Med. Times. 12. Juni 1897.*

Empfehlung von Tannigen in 3—5 proc. Lösung oder als Pulver.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

42) **P. E. Chapman. Ein Fall von Nasencatarrh. (A case of nasal catarrh.)** *Medical Review. 9. Januar 1897.*

Ein sonst gesundes Mädchen litt 3 Jahre lang an hartnäckigem Nasencatarrh. Vor 2 Jahren bekam sie ein Gesichtserysipel. Mit der Heilung dieses war auch der Catarrh verschwunden und ist seither nicht recidivirt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

43) **J. C. Mulhall. Der eitrige Nasencatarrh in der Pubertät. (The purulent nasal catarrh of adolescents.)** *The Laryngoscope. Februar 1897.*

M. beobachtete 9 Fälle bei Frauen und 2 bei Männern und führt sie zurück auf eine excessive geistige Thätigkeit bei mangelnder körperlicher Arbeitsleistung im Pubertätsalter. Das Stadium der eitrigen Secretion ist für unbegrenzte Zeit

verlängert. Zur Heilung bedarf es ausser der Reinigung der Nase einer geeigneten constitutionellen Behandlung und hygienischer Maassnahmen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

44) **Seifert. Rhinitis nervosa.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1897.*

Die Anfälle sind oft nicht so charakteristisch, dass die Diagnose richtig gestellt wird, und muss man dann der Aetiologie nachgehen, welche sehr häufig das Vorhandensein allgemeiner Nervosität, Reizbarkeit, hypochondrischer Stimmung ergiebt; freilich fehlen oft auch alle anderen nervösen Erscheinungen oder lassen sich erst nach längerer Beobachtung solche constatiren. Objectiv findet sich die Nasenschleimhaut in der anfallfreien Zeit auffallend gelockert, im Anfalle selbst ist die untere Muschel einseitig oder doppelseitig angeschwollen, die Nasengänge sind mit dünnem serösem Secret bedeckt, Schleimhaut blass. Das Cocain wirkt unvollständig und führt desshalb leicht zu Cocainismus, weshalb das Mittel nicht angewendet werden sollte.

SCHECH.

45) **Avellis** (Frankfurt). **Die Behandlung des nervösen Schnupfens.** Vortrag, gehalten in der VI. Laryng. Versammlung in Heidelberg. — *Therap. Wochenschrift. No. 26. 1897.*

Bezüglich dessen, ob Trigeminus, Sympathicus, Vasodilatatoren oder Constrictoren als Sitz der Rhinitis nervosa anzusehen ist, glaubt Verf., dass dies nicht durch so einfache Conclusionen, wie solche bisher öfters versucht wurden, aufgeklärt werden könne, besonders wegen der Verworrenheit, die den schwierigen mit vielfachen Anastomosen versehenen anatomischen Verhältnissen zwischen Trigeminus und Sympathicus entspringt. A. zählt nun die verschiedenen therapeutischen Maassnahmen auf, wie caustische und chemische Aetzungen, Klimawechsel, Atropin innerlich, Bäder etc. und bespricht den Werth derselben.

CHIARI.

46) **T. Hubbard. Ursachen und Behandlung des chronischen Nasen- und Rachencatarrhs bei Kindern. (Causes and treatment of chronic nasal and pharyngeal catarrh in children.)** *Cleveland Journal of Medicine. Februar 1897.*

In der Mehrzahl der Fälle lässt sich der chronische Catarrh heilen und verhüten. Die Behandlung ist im Wesentlichen eine hygienische und chirurgische.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

47) **Carl Seiler. Die Verhütung von chronischem Nasencatarrh. (The prevention of chronic nasal catarrh.)** *Babyhood. März 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

48) **Jonathan Wright. Die Pathologie und der Zusammenhang der verschiedenen Erscheinungen der chronischen Entzündung in der Nase. (The pathology and interrelation of various manifestations of chronic inflammation in the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 24. April 1897.*

Eine ausführliche Arbeit, die sich im umgrenzten Referat nicht wiedergeben lässt, Interessenten mögen das Original selbst nachlesen.

LEFFERTS.

49) **R. Barclay. Ist die durch Catarrh verursachte Taubheit heilbar? Eine Erwiderung. (Can you cure deafness caused by catarrh? A reply.)** *The Laryngoscope. Februar 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **Rode** (Braunschweig). **Literarische und klinische Studien zur Ozaena Frage.** Dissertat. Leipzig 1896.

An dem Begriffe einer „genuinen Ozaena", deren Aetiologie noch nicht in befriedigender Weise gelöst ist, muss festgehalten werden, der Ozaenabacillus mag für den Foetor und als accidentelles Moment von Wichtigkeit sein. Wahrscheinlich concurriren verschiedene Momente, unter denen dem Bau des Nasengerüstes besondere Wichtigkeit zukommen dürfte.

SEIFERT.

51) **John North. Die Pathologie, Diagnose und Behandlung des atrophischen Nasencatarrhs. (The pathology, diagnosis and treatment of atrophic catarrh.)** *N. Y. Med. Record. 2. Januar 1897.*

Nach einer zu langen Einleitung bespricht Verfasser die Pathologie und die Symptomatologie der Krankheit. Bezüglich der letzteren bringt er nichts Neues, bez. der ersteren bekennt er sich zu der veralteten Anschauung, dass die atrophische Rhinitis keine selbständige Erkrankung, sondern das Resultat zweier vorhergehender Affectionen oder richtiger das dritte Stadium einer Krankheit ist. Was die Behandlung anlangt, so hält Verf. nach mehrjähriger Erfahrung das Leiden nicht nur für der Besserung fähig, sondern für fast in allen Fällen heilbar. Nur muss man lange und beharrlich täglich behandeln, 1—3 Jahre lang. Er kennt aus der gesammten Materia medica kein Mittel, das in der Behandlung aller Nasen- und Halskrankheiten so nützlich ist, wie die Trichloressigsäure. Und dies in Fällen, in denen „bisweilen ein Theil der Schleimhaut gänzlich von Epithel entblösst ist, wo alle Drüsen zerstört sind und nur noch eine dünne und trockene Membran dem Knochen aufliegt." N.'s Therapie besteht in der gründlichen Reinigung mit Resorcinlösung, der eine Application von 20proc. Trichloressigsäurelösung folgt. Die Theile werden dann mit festem Vaselin und Resorcin bedeckt.

LEFFERTS.

52) **Redact. Notiz. Atrophische Rhinitis. (Atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 27. Februar 1897.*

1. Die atrophische Rhinitis ist eine genuine und selbständige Erkrankung der Nase. 2. Sie ist ein Folgezustand oder ein späteres Stadium der wahren hypertrophischen Rhinitis. 3. Sie ist nicht verursacht durch Syphilis, Tuberculose oder Scrophulose. 4. Sie ist eine Erkrankung des weiblichen Geschlechts. 5. Sie ist bedingt durch einen wahren Degenerationsprocess der trophischen Fasern oder Wurzeln, welche die betroffenen Partien der Nasenschleimhaut versorgen. Sie ist danach eine primäre und eigentliche Nervenkrankheit. 6. Weil es sich primär um einen degenerativen Process in den Nervenfasern oder -Centren handelt, ist auch die Krankheit nie vollständig heilbar. Sie kann aber bisweilen in einem ihrer Stadien zum Stillstand gebracht werden. 7. Die Therapie ist eine symptomatische — local und constitutionell. Die locale Behandlung besteht

in gründlicher Reinigung, Entfernung aller Krusten, Wiederherstellung der Function der Schleimhaut, soweit dies möglich ist und Verhütung der Consequenzen, die die Nasenstörung im Nasopharynx, im Pharynx, Larynx und Trachea nach sich zieht. Die Allgemeinbehandlung muss im Einklang stehen mit der Theorie der vorgeschrittenen nervösen Degeneration; sie erstrebt eine allgemeine Hebung des Organismus, vermag jedoch die Krankheitsursachen nicht zu treffen. 8. Die Krankheit sollte besser trophische Rhinitis heissen als atrophische, da die Atrophie nur ein Symptom ist.

LEFFERTS.

53) **S. Lautmann. Die atrophische Ozaena, ihre Pathogenese und Serumtherapie. (L'ozène atrophiant, pathogénie et sérotherapie.)** *Thèse de Paris. 1897. Annales des malad. de l'oreille. März 1897.*

Eine sehr schöne Arbeit, in der Verf. das klinische Symptomenbild und die anatomische Grundlage der Ozaena bespricht. Er erörtert dann in sehr eingehender Weise die verschiedenen Theorien der Krankheit, die entzündliche, die parasitäre nnd die nervöse. Seine bakteriologischen Untersuchungen ergaben constant das Vorhandensein des Abel'schen Bacillus mucosus, ferner den Pseudodiphtheriebacillus von Belfanti und Vedova. Beide finden sich im Secrete, aber nie im Gewebe. Zu diesen treten noch eine Reihe von Saprophyten, welche den fötiden Geruch verursachten. L. sieht die Krankheit als eine trophoneurotische Störung an, die sich mit chronischer Rhinitis und fötider Zersetzung des Secretes complicirt.

Die Serumtherapie wandte L. bei 7 Kranken an. Er constatirte keine Heilung, aber doch ein rasches Verschwinden des üblen Geruches infolge leichterer Ablösung der Krusten von der durch Hyperämie vorübergehend geschwollenen Schleimhaut. Bei 4 Kranken erzielte L. ungefähr die gleichen Resultate mit Injectionen von (20 ccm) gewöhnlichem Serum. Diese Injectionen, denen nicht die Gefahr der Diphtherieserum-Injectionen zukommt, verdienen den Vorzug. Ihre Wirkung ist sehr wahrscheinlich so zu erklären, dass sie einen Reiz für das Nervensystem bilden.

A. CARTAZ.

54) **Hagedorn** (Hamburg). **Was wissen wir heute über den Ozaenaprocess und wie wird der praktische Arzt ihn am besten behandeln?** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 14. 1897.*

In seiner Besprechung der vorstehenden Frage weist Hagedorn dem Ozaenabacillus eine hervorragende Rolle zu und hält für die beste Behandlungsmethode die Wattetamponade nach Gottstein.

SEIFERT.

55) **Moure** (Bordeaux). **Behandlung der Ozaena.** *Therapeutische Wochenschrift. No. 27 u. 28. 1897.*

M. unterscheidet 5 Formen der Ozaena:

1. Die adenoide.
2. Die sinoidale.
3. Die necrotisirende.
4. Die eitrige.
5. Die atrophische Form, und bespricht die fallweise angezeigte Therapie.

CHIARI.



56) **Bruck. Die Behandlung der Ozaena. (The treatment of ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 20. Februar 1897.*

Eine Empfehlung der periodischen Einführung von Wattetampons.

LEFFERTS.

57) **G. J. Cullen. Behandlung der Rhinitis. (Treatment of rhinitis.)** *Medic. Fortnightly. 1. März 1897.*

C. benutzt bei atrophischer Rhinitis einen Spray von 20proc. Glycothymolen 4mal täglich.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

58) **L. S. Somers. Die Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The treatment of atrophic rhinitis.)** *New Albany Med. Herald. April 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

59) **Thos. H. Shastid. Eucain bei atrophischer Rhinitis. (Eucaine in atrophic rhinitis.)** *Medical Record. 10. April 1897.*

Das Eucain besitzt, verschieden vom Cocain, die Fähigkeit, die Gefässe der Nasenschleimhaut zu erweitern. Die Dilatation der Gefässe beginnt rasch, ist stark ausgesprochen und lange anhaltend. Da die Schleimhaut beim atrophischen Nasencatarrh dünn, blass und spärlich mit Blut versorgt ist, denkt S. an die Möglichkeit, dass das Eucain bei dieser Krankheit von Nutzen sein könnte. (Der Versuch, den er anstellte, ist nicht gerade ermuthigend. Ref.)

LEFFERTS.

60) **P. Hugues. Die Ozaena und ihre Behandlung mittelst interstitieller Electrolyse. (De l'ozène vrai et en particulier de son traitement par l'electrolyse interstitielle.)** *Thèse de Lyon. 1897.*

H. stellte Versuche mit der von Capart und Cheval empfohlenen Methode an, in dem er Ströme von 10—12 Milliampères verwendete. Er behandelte im Ganzen 17 Fälle. Davon wurden 3 geheilt bei Personen über 30 Jahre; 2 Heilungen bei Personen unter 20 Jahre blieben zweifelhaft; 6 Fälle wurden deutlich gebessert; bei den anderen trat keine Veränderung ein.

A. CARTAZ.

61) **L. Réthi** (Wien). **Die Heilung der Ozaena mittelst Electrolyse.** *Wiener klin. Rundschau. No. 10. 1897.*

Verf. sieht in der Elektrolyse ein Specificum gegen die Ozaena und glaubt an eine Heilwirkung.

CHIARI.

62) **Hendelsohn. Ueber Ozaena und ihre Behandlung mit cuprischer interstitieller Electrolyse.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8. 1897.*

Die cuprische Elektrolyse ist kein Heilmittel der Ozaena; richtig ist, dass in Folge der irritativen Beeinflussung der Circulation in der Nase vorübergehende vermehrte Secretion und damit Verminderung der Krustenbildung und des Fötors eintritt, also genau so wie bei der Massage, was auch Referent bestätigen kann.

SCHECH.

63) **Thomas. Behandlung der Ozaena mit interstitieller Kupfer-Electrolyse. (Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle cuprique.)** *Marseille méd. 1. Juni 1897.*

T. hat bei 3 Ozaenakrankan die von Cheval empfohlene Behandlung mit-

telst Elektrolyse erprobt. Keiner derselben kam zur Heilung, aber die Besserung war eine sehr bedeutende. Die angewendete Stromstärke betrug 15—30 Milliampères; oberhalb 15 ist die Reaction schmerzhaft und bei Kindern deshalb Chloroformnarkose erforderlich.

A. CARTAZ.

64) **Compaired. Die neue Therapie der Ozaena. (Le nouveau traitement de l'ozène.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 5. Mai 1897.*

Verf. hat 2 Fälle von Ozaena mit gutem Erfolg mit Roux'schem Serum behandelt. Er kommt in seiner Arbeit zu dem Schluss, dass man trotz der Unannehmlichkeiten und Gefahren dieser Therapie mit ihrer vorsichtigen Anwendung fortfahren müsse, da sie doch von allen bisher die besten Resultate ergeben habe.

E. J. MOURE.

65) **C. Compaired** (Madrid). **Die neue Behandlung der Ozaena. (El nuevo tratamiento del ozena.)** *El Siglo Medico. No. 2254/55. 1897.*

Verf. hat an 7 Fällen seiner Beobachtung die von Belfanti und de la Vedova eingeführte Serumtherapie bei Ozaena erprobt. Seine Resultate fasst er folgendermassen zusammen: Die Serumtherapie bildet gegenwärtig dasjenige Mittel, welches die am meisten positiven Resultate bei der Ozaena giebt. Der Erfolg wird subjectiv bemerkt durch das Verschwinden des nasalen Geruches, das nach der zweiten oder dritten Injection von 4 oder 6 Cubikcentimetern eines frischen Serums eintritt und objectiv durch das Fehlen der Trockenheit der Nasenhöhlen, die Verminderung der Krustenbildung und die Vermehrung der Nasensecretion. Die Schleimhaut der Nasenhöhlen nimmt eine rosige Färbung an, wird feucht und leicht hyperämisch. Was die Quantität des zu injicirenden Serums betrifft, so ist die von Gradenigo vorgeschlagene Menge von 10 ccm nicht frei von Gefahren. Es ist besser, mit zunehmenden Dosen, sowie mit Vorsicht vorzugehen; denn die Serumtherapie ist nicht frei von Gefahr.

R. BOTEY.

66) **J. Molinie. Drei Fälle von Ozaena geheilt durch Subcutaninjectionen von Roux'schem Serum. (Troix cas d'ozène guéris par les injections sous cutanées de sérum Roux.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 4. April 1897. Marseille méd. 1. Juli 1897.*

M. behandelte 6 Kranke mit Injectionen von Diphtherieserum. Er gab 10 ccm alle 3—4 Tage, im Ganzen 12—15 Injectionen. Zwei Patienten sind erst seit Kurzem in Behandlung, ein dritter hat dieselbe abgebrochen. Die anderen drei, die 13, 18 und 20 Jahre alt sind und an Ozaena mit Atrophie der Schleimhaut litten, dürfen als geheilt betrachtet werden.

A. CARTAZ.

67) **Wt. Wróblewski. Rhinitis caseosa.** *Gazeta lekarska. No. 39. 1897.*

Verf. beschreibt 3 interessante Fälle dieses Leidens: 1. Bei einer 40jährigen Frau, welche an Nasenverstopfung litt, fand Verf. in der Gegend der linken mittleren Nasenmuschel einen kleinen Polypen und reichliche Eiterung. Nachdem der Polyp entfernt war, entleerte sich eine ziemlich grosse Eitermasse, in welchem sich reichlich kleine gelbliche, sehr stinkende Bröckchen befanden.

Es stellte sich im weiteren Verlaufe heraus, dass es sich in diesem Falle

um eine eitrige Entzündung des Antrum sphenoideum complicirt mit Rhinitis caseosa handelte. 4 Monate später fand der Verf. bei der Patientin eine ziemlich grosse Schwellung in der Gegend der linken mittleren Muschel, die eine graue Färbung zeigte. Es wurde diese Stelle ausgekratzt und wieder entleerten sich in eitriger Flüssigkeit schwimmende stinkende Bröckchen.

2. Bei einem 47jährigen Manne, welcher über chronischen Katarrh mit rechtsseitiger Nasenverstopfung und Schmerzen in dem rechten Ohr und Wange klagte, fand Verf. bei der Untersuchung eine Schwellung besonders der mittleren Muschel, und zwischen der unteren und mittleren Muschel einen grauweisslichen Belag. Nach einer Durchspülung entleerten sich reichlich grauweissliche Bröckchen (meistens hanfkorngross), welche einen stark penetrirenden Geruch verbreiteten. Nach einigen Tagen warf der Kranke nach einem starken Würganfall durch den Mund ein haselnussgrosses Stück von bröcklicher Consistenz und grauweisslicher Farbe aus, das stark übelriechend war. Danach hörten alle krankhaften Symptome auf.

3. Bei einer 23jährigen Frau, die an starken Kopfschmerzen und Nasenverstopfung und Schmerzen in der Gegend der rechten Wange litt, wurde von Verf. ein Eiterherd in der Gegend der rechten Muschel und Hypertrophie derselben constatirt. Bei Durchspülung enleerte sich reichlich Eiter und kleine stinkende Bröckchen. Nach einigen Tagen warf die Kranke unter Würgen ein haselnussgrosses Stück von derselben Beschaffenheit wie im vorigen Falle aus. Die krankhaften Symptome hörten gänzlich auf.

SOKOLOWSKI.

68) **G. Labit. Ein Fall von acuter pseudomembranöser Coryza. (Un cas de coryza aigu pseudo-membraneux.)** *Gazette médicale du Centre. März 1897.*

Diese Erkrankung ist keine einheitliche, sie ist vielmehr die locale Aeusserung einer Infection, die bald vom Loeffler'schen Bacill, bald von anderen Mikroorganismen (Streptokokken, Staphylokokken) verursacht ist. In prognostischer Hinsicht ist diese Erkrankung gutartig; die Symptome sind die der einfachen acuten Coryza, nur ist der Schnupfen heftiger, der Kopfschmerz grösser. Bei der rhinoskopischen Untersuchung sieht man eine fibrinöse Pseudomembran auf der rothen und blutenden Schleimhaut. Die Dauer der Krankheit beträgt 2—4 Wochen. Die Behandlung besteht in aseptischen Nasenspülungen und Einpulverungen von 1 oder 2 pCt. Arg. nitricum.

PAUL RAUGÉ.

69) **Redact. Notiz. Diphtheritis und Nasencatarrh. (Diphtheria and nasal catarrh.)** *Atlantic Med. Weekly. 17. April 1897.*

Hinweis auf das häufige Vorkommen der Klebs-Loeffler'schen Bacillen bei den verschiedenen Formen des Nasenkatarrhs.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

70) **Scherliess** (Königsberg). **Ueber fibrinöse Entzündungen der oberen Luftwege nebst vier neuen Fällen von Rhinitis fibrinosa diphtherica.** Dissert. Königsberg. 1897.

Die Differentialdiagnose zwischen croupösen und diphtherischen Entzündungen ist nur durch die bakteriologische Untersuchung zu stellen. Die Rhinitis

fibrinosa diphtherica ist eine Varietät der Nasendiphtherie, nur dem Grade, nicht nach der Art von dieser verschieden.

SEIFERT.

71) **Mohr** (Zweibrücken). **Ein Beitrag zur Casuistik der Rhinitis crouposa.** Dissert. Heidelberg. 1894.

In dem aus der Jurasz'schen Klinik stammenden Fall handelte es sich um einen 29jährigen Mann, bei welchem einen Tag nach dem Auftreten eines acuten Schnupfens die Schleimhaut beider Nasenhöhlen mit dicken weissen Membranen bedeckt gefunden wurde. Die Membranen erneuerten sich im weiteren Verlauf immer wieder, nachdem sie theils mechanisch, theils spontan entfernt waren. Eine bakteriologische Untersuchung der Membranen wurde nicht vorgenommen.

SEIFERT.

72) **Jacobi** (Königsberg). **Seltene Localisation von luetischem Primäraffect der Nasenschleimhaut.** *Dermat. Zeitschr. Bd. IV. Heft 3. 1897.*

Bei einem 30jährigen Unteroffizier, bei welchem an den Genitalien sich keinerlei syphilitische Erscheinungen nachweisen liessen, fand J. ein zerfallenes Infiltrat an der rechten mittleren Muschel, am rechten Kieferwinkel ein Packet indurirter Lymphdrüsen und später ein maculöses Exanthem. Zur Erklärung dieses auffallend hohen Sitzes des Primäraffectes zieht J. den Gebrauch von Schnupftabak heran, mittelst dessen das syphilitische Virus an der vorher durch irgend welche Processe lädirten Muschel haften blieb.

SEIFERT.

73) **Albert Kohn. Ein Fall von primärem Schanker der Nase und ein Fall von Dermoidcyste der Nase. (Two nasal cases; one of primary chancre, one of dermoid cyst.)** *N. Y. Medical Journal. 27. März 1897.*

Der Titel erklärt die beiden Fälle zur Genüge.

LEFFERTS.

74) **J. Sendziak. Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda. (Przypadek przymiotu dziedzicznego o niezwykle ciazkim przebiegu.)** *Kronika lekarska. No. 16. 1897.*

Bei einem 15jährigen Mädchen wurden von Verf. typische Erscheinungen syphilitischer Ozaena (Caries septi et palati duri) mit bedeutender Cervicaldrüsenschwellung beobachtet. Angesichts des sehr elenden Allgemeinzustandes wurde Tuberculose vermuthet, doch schwanden alle Erscheinungen nach einer methodischen specifischen Cur.

SOKOLOWSKI.

75) **Sachs. Primäre tuberculöse Geschwülste in Nase und Kehlkopf. Operation. Heilung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1897.*

Zwei Fälle von tuberc. Nasentumoren und zwei tuberc. Larynxtumoren bei intacter Lunge, die Verf. als primäre Larynxtuberculose bezeichnet.

SCHECH.

76) **Zarniko** (Hamburg). **Chronische Nasentuberculose.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1897. Vereinsbeilage No. 28.*

Vorstellung zweier für die chronische Nasentuberculose typischer Fälle, von

denen der eine Tumorbildung, der andere Ulceration zeigte. In beiden wurde die Diagnose durch die histologische Untersuchung sicher gestellt.

Autoreferat.

77) **E. Kraus** (Paris). **Ueber Epistaxis.** *Allgemeine Wiener medicin. Zeitung. No. 1. 1897.*

Nach des Verf.'s Dafürhalten besteht ein lästiger Reiz am vorderen Septumantheile durch hier häufig festhaftende Borken, weswegen es daselbst leicht zu einer Verletzung kommt. K. meint, dass die Fälle von rein accidenteller traumatischer Epistaxis ohne vorhergegangene acute oder chronische Schleimhautveränderung die verschwindende Minderzahl darstellen. Sodann führt Verf. die bekannten Ursachen der Blutungen aus der Nase im Allgemeinen vor und beschreibt schliesslich einen Fall von Epistaxis, wobei es zur Bildung von zwei Wülsten am Septum kam, die leicht und profus bluteten.

CHIARI.

78) **Hagedorn** (Hamburg). **Was thut der praktische Arzt bei Nasenbluten?** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 7. 1897.*

Da die Quelle der Blutung in ca. 90 pCt. der Fälle an der knorpeligen Nasenscheidewand zu suchen ist, kommt man mit einfacher Compression zum Ziele, hat natürlich noch Stillung der Blutung die Ursache derselben durch Aetzen der Erosionen, Varicen etc. zu beseitigen. Zur Stillung von Blutungen aus den tieferen Theilen der Nase benutzt H. kleine Bäuschchen aseptischer Wolle, mit denen die Nase fast vollgestopft wird. Zur Tamponade des Nasenrachenraumes werden haselnuss- bis wallnussgrossen Tampons mit einer der bekannten Zangen eingeführt, das Bellocque'sche Röhrchen findet mit Recht keinen Anklang beim Verf.

SEIFERT.

79) **Forselles. Ueber die Tamponade der Nasenhöhle bei schwerem Nasenbluten.** *Monatsschr. f. Ohrenh. etc. No. 2. 1897.*

F. ist gegen die Anwendung des Eisenchlorids zu Tamponadenzwecken, da dasselbe unnöthig sei und Zersetzungserscheinungen befördere. Bei der hinteren Tamponade dürfen Tamponaden nie aus den Choanen in den Rachen hervorragen; F. benutzt einen mit Jodoformwatte gefüllten Sack aus Jodoformgaze und befestigt die Fäden durch eine perforirte Gummiplatte an einem Holzstäbchen.

SCHECH.

80) **L. Hutschneker** (Luzern). **Ein Fall von Haemophilia congenita.** *Wiener med. Wochenschr. 1897. No. 18.*

Bei einem 26jährigen Mann trat während des Tanzens heftiges Nasenbluten auf, und zwar aus beiden Nasenseiten, das weder nach Anwendung aller möglichen Hausmittel, noch auch nach vorderer Tamponade und Einspritzung von Plumbum aceticum stand — Bellocque'sche Tamponade verweigerte Patient entschieden. Auf Ferrum sesquichloratum stand die Blutung nur für ½ Stunde, dagegen sofort nach Tamponade mit in Ferripyrin getauchten Wattebäuschchen — 4 Brüder des Patienten sind von Geburt aus Bluter, seine 3 verheiratheten Schwestern jedoch nicht. — Bei der rituellen Circumcision sollen sich Aerzte

4 Tage abgemüht haben, um die Blutung zu stillen, desgleichen folgte einer Zahnextraction eine 24stündige profuse Blutung. CHIARI.

81) **Hochsinger** (Wien). **Zur Kenntniss des nasalen Ursprunges der Melaena neonatorum.** *Wiener med. Presse. No. 18. 1897.*

H. glaubt an keine der so zahlreich aufgestellten Hypothesen über diese Erkrankung und spricht sein Bedauern aus, dass in der Literatur niemals der Untersuchung der Nase gedacht wurde, als dessen Ursache er annimmt, dass die Inspection der Nasenhöhle auch meist unterlassen wurde. Er verweist auf die lesenswerthe Arbeit Swoboda's aus der niederösterreichischen Landesfindelanstalt, der vier Fälle von Melaena beschreibt, die nur durch Ulcerationen der Nasenschleimhaut bedingt waren. In allen seinen Fällen bestand jedoch nebst einer Blutung längs der Rachenhinterwand hinab, auch eine solche aus den Nasenhöhlen nach aussen. H. nun beschreibt einen Fall von Melaena, die sogar intrauterin eingesetzt hatte, und in welchem Falle die Quelle der Blutung ausschliesslich in der Nasenhöhle des Kindes gelegen war. Warum das Blut in solchen Fällen nicht durch die Nasenöffnungen nach aussen fliesst, erklärt H. aus der permanenten Rückenlage, in der sich Kinder in den ersten Lebenswochen befinden. CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

82) **Killian** (Worms). **Mandelbucht und Gaumenmandel.** Verhdl. d. IV. Vers. südd. Laryng. 1897.

Bei vielen Menschen lässt sich eine Sonde von einer bestimmten Stelle am oberen Rande der Gaumenmandel bis zu $1^1/_2$ Ctm. einführen. Weitere Untersuchungen ergaben, dass dicht unter dem halbmondförmigen Saum einer Schleimhautfalte, welche den obersten sichtbaren Theil der Gaumenmandel umspannt — Margo semilunaris — eine Grube oder ein Foramen oder auch eine Spalte sich findet, von wo Canäle oder ein relativ weiter Hohlraum in den im Gaumensegel steckenden Theil der Mandel hineinführen. Killian fand Hohlräume mit buchtigen gegitterten Wänden und Mandelpfröpfen und glattwandige Hohlräume mit weiter Oeffnung, Von besondere Bedeutung sind diese Räume für die Entstehung, Symptomatologie und Behandlung der Peritonsillitis, was K. veranlasste, diese Abscesse namentlich Anfangs vom Mandelhilus aus zu eröffnen. SCHECH.

83) **Tischutkin. Ein Fall von tödtlicher Vergiftung hervorgerufen durch virulente Ausscheidungen der Mikrokokken in den Mandeln. (Slutschai smertelnjawo otrawlenija jadowitinis proiswodnimi mikrokokkow is mindalewidnich jeles.)** *Wratsch. No. 9. 1897.*

Beschreibung eines Falles, in welchem der Kranke unter den Symptomen einer sehr acuten Septicaemie zu Grunde ging, und die Section ausser Eiter in der rechten Mandel, nichts Nennenswerthes zu Tage förderte. Die mikroskopische Untersuchung ergab Eiterkokken und Proteus vulgaris in den Mandeln. T. glaubt

sich berechtigt anzunehmen, dass eine Septicaemie vorlag, die durch die Ausscheidungsproducte der in den Mandeln wuchernden Bakterien hervorgerufen war.

HELLAT.

84) **E. C. Underhill. Acute Mandelentzündung. (Acute tonsillitis.)** *Medical Progress. Januar 1897.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

85) **Broquet. Ein Fall von acuter lacunärer ulceröser Mandelentzündung. (Un cas d'amygdalite lacunaire ulcéreuse aigue.)** *Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux. Journal de méd. de Bordeaux. No. 1. Januar 1897.*

21jähriger Mann mit Schluckbeschwerden. Die Mandeln hypertrophisch, voll Crypten; auf beiden eine rundliche Ulceration mit grauem Grunde, von der Grösse eines 50 Centimesstücks, mit scharfen, nicht geschwollenen, ein wenig zerissenen Rändern. Die Submaxillardrüsen sind leicht geschwollen. Verf. hält die Affection für identisch mit der von Moure 1891 als Tonsillitis lacunaris ulcerosa acuta bezeichneten, die in Deutschland als Tonsillitis necrotica bekannt ist.

E. J. MOURE.

86) **Veis** (Berlin). **Ueber fossuläre (lacunäre) Erkrankungen des Tonsillengewebes.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 54. Bd. 1. Heft. 1897.*

Ausführliche Besprechung der Angina lacunaris acuta, für welche der Autor die Bezeichnung Angina fossularis vorschlägt, der Angina lacunaris chronica (Mandelpfröpfe) und der Pharyngomycosis leptothricia. Zur Illustration der letzteren werden 3 Krankengeschichten aus Heymann's Poliklinik angeführt, im letzteren Falle bestand vielleicht neben der Pharyngomycosis noch Lues im letzten Stadium, die zur Zeit der ersten Untersuchung latent war.

SEIFERT.

87) **W. C. M'Donnell. Rheumatische Mandelentzündung mit Pericarditis ohne Gelenkrheumatismus, (Rheumatic tonsillitis with pericarditis without arthritis.)** *Brit. Med. Journ. 2. Januar 1897.*

Mittheilung der Krankengeschichte. Ob die Mandeln oder das Herz zuerst afficirt waren, ist nicht angegeben. Das Herz ist 4 Monate später noch krank.

ADOLPH BRONNER.

88) **C. G. Reily. Mandelentzündung. (Tonsillitis.)** *Texas Courier-Record of Medicine. März 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

89) **T. R. Taylor. Folliculäre oder croupöse Tonsillitis. (Follicular or croupos tonsillitis.)** *Journal Am. Med. Assoc. 23. Januar 1897. Louisville Medical Monthly. Januar 1897.*

T. bläst mit einem Eustachischen Catheter unter einem Luftdruck von 20 Pfund den Inhalt der entzündeten Follikel aus, spült dann mit einer Sublimatlösung 1:3000 ab und pinselt schliesslich mit Höllenstein (2,4—3,6:30,0). Den Blasapparat verwendet er auch für weiche Anhäufungen und kleine Fremdkörper im Ohr.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **Heddaeus. Tonsillitis acuta durch Staphylococcus pyogenes aureus, Pleuritis exsudativa metastatica, Diplococcenpneumonie, Thoracotomie, Lupus, Exitus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1897.*

Der Titel besagt Alles; am Schlusse literarische Nachweise über die Gefährlichkeit der Streptokokkeninfection überhaupt.

SCHECH.

91) **W. C. Pakes. Der Bacillus Friedländer bei Pharyngitis und Tonsillitis. (The bacillus of Friedländer in pharyngitis and tonsillitis.)** *British Medical Journal. 20. März 1897.*

500 Serumröhrchen wurden geimpft mit Material aus dem Halse von Privat- und Hospital-Patienten. In 5 Fällen fand sich der Friedländer'sche Bacillus.

ADOLPH BRONNER.

92) **Levy. Gurgelwasser für folliculäre Mandelentzündung. (A gargle for follicular tonsillitis.)** *Medical News. 15. Mai 1897.*

Rp. Beechwood Creosot gtt. 8
Tct. Myrrhae
Glycerin ana 60,0
Aqu. dest. 120

LEFFERTS.

93) **F. Wood. Schwere constitutionelle Störung bei Mandelabscess. (Severe constitutional disturbance accompanying tonsillar abscess.)** *Lancet. 19. December 1896.*

Der Patient, ein 24jähriger Mann, machte im September und October mehrere Anfälle von Mandelentzündung durch. Anfang November bestand wieder eine Tonsillitis auf der linken Seite, dazu traten Ohrenfluss, Brustschmerzen, hohes Fieber, Erbrechen, Durchfälle und Albuminurie. Das ganze Krankheitsbild entsprach augenscheinlich einer Septikämie. Es kam zur Heilung.

ADOLPH BRONNER.

94) **Frank S. Milbury. Mycosis der Mandeln und der benachbarten Gewebe. (Mycosis of the tonsils and adjacent parts.)** *Med. News. 20. Februar 1897.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

95) **Walker Downie. Die Mandeln von einem Falle von sogen. Mycosis tonsillaris benigna. (Tonsils from a case of so-called mycosis tonsillaris benigna.)** *Glasgow Med. Journal. Mai 1897.*

Die mikroskopische Untersuchung der Tonsillen ergab einen Zustand, der mit dem von Siebenmann als Hyperkeratitis lacunaris beschriebenen identisch ist.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

96) **Cagliari Simoni. Blastomyceten bei Tonsillarhypertrophie.** *Wiener med. Presse. No. 38. 1897. Referat.*

S. ist geneigt, den Blastomyceten, die er bei Tonsillarhypertrophie fand, eine Bedeutung bei genanntem Processe beizumessen. Er fand solche einzeln oder in Gruppen frei im Gewebe und beschreibt dieselben genau. In normalen Tonsillen fand er selbe nicht vor.

CHIARI.

97) **Kramer. Injectionen von Carbolsäure in das Parenchym der Mandeln. (Injections of Carbolic acid into the parenchyma of the tonsils.)** *Medical News. 6. Februar 1897.*

K. macht die Carbolsäureinjection seit einer Reihe von Jahren in Fällen von häufig recurrirender Tonsillitis. Er nimmt an, dass diese durch in den Mandeln zurückgehaltene Keime immer von neuem entstehen, und will die letzteren durch das Carbol zerstören. Er beginnt mit der Behandlung erst einige Wochen nach Ueberstehung der letzten Attake und injicirt Carbolsäure 1:40 jeden zweiten oder dritten Tag, bis im Ganzen vier oder sechs Injectionen gemacht sind. Die Nadel einer gewöhnlichen sterilisirten Spritze wird nach vorheriger Cocaïnisirung etwa 1 cm tief in den vorderen Gaumenbogen eingestochen und, wenn kein Blut hervortritt, ein Tropfen injicirt, dann die Spritze nach einer anderen Richtung geführt, ein zweiter Tropfen injicirt u.s.f., im ganzen $^1/_2$ ccm. Zur nächsten Einspritzung wird eine andere Stelle gewählt. Die lokale Reaction ist gering. Es treten am nächsten Tage etwas Schluckbeschwerden auf, aber keine Allgemeinsymptome.

LEFFERTS.

98) **John W. S. Mc Cullough. Secundäre Blutung nach Tonsillotomie. (Secundary hemorrhage subsequent to tonsillotomy.)** *Medical Record. 20. März 1897.*

Verf. exstirpirte die Tonsille in einem Zustand acuter Entzündung; sie war mit Eiter durchtränkt. Die Blutung war reichlich. Am Tage darauf begann die Blutung von neuem und heftiger. Verschiedene Adstringentien und Caustica halfen nicht, mit jedem neuen Hustenstoss begann die Blutung wieder und der Pat. verlor beängstigend viel Blut. Es wurde Eis gegeben; Pat. erbrach eine grosse Menge geronnenen Blutes und collabirte für ein paar Minuten. Damit stand aber auch die Blutung und die Genesung ging ohne Störung vor sich. (Es ist eine bemerkenswerthe Thatsache, dass bei einem grossen Theil dieser Fälle die Mandelblutung während oder unmittelbar nach einem Anfalle von Syncope zum stehen kommt. Ref.) Der Verf. erörtert zum Schluss die muthmaassliche Ursache dieser Blutung und gelangt zu der Ansicht, dass dieselbe ohne Zweifel auf die destructive Thätigkeit des in der Wunde zurückbleibenden Eiters zu beziehen ist. (Sollte man nicht eher meinen, dass es nicht angebracht war, die Tonsille im Stadium activer Entzündung, also mit injicirten Gefässen, acut hyperämisch zu exstirpiren? Ref.)

LEFFERTS.

99) **A. Trémont. Zerstückelung der Mandeln. (Morcellement des amygdales.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Verf. berichtet über 18 Fälle, in denen er diese Methode der Mandelexstirpation angewandt hat. Er hält sie für das geeignetste Verfahren. Der Schmerz ist sehr gering, die Blutung fehlt, ebenso eine Reaction bei oder nach der Operation.

A. CARTAZ.

100) **E. Pynchon. Instrumente für die Tonsillotomie mittelst electrokaustischer Zerschneidung. (Instruments used in tonsillotomy by electro-cautery dissection.)** *The Laryngoscope. Februar 1897.*

Eine lange Subcutanspritze, Tonsillenzange, Tamponträger, Zungenspatel und eine Reihe von Messerelectroden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

101) **W. Kelson. Ein modificirtes Tonsillotom. (A modified tonsillotome.)** *Lancet. 15. August 1896.*

Eine geringe Modification des Mackenzie'schen Instrumentes (Abbildung). Zu beziehen bei Downs, London.

ADOLPH BRONNER.

102) **R. B. Poplam. Ein automatisches Feder-Tonsillotom. (An automatic spring tonsil guillotine.)** *British Med. Journal. 20. Februar 1897.*

Abbildung des Instrumentes, das ein gewöhnliches Mackenzie'sches Tonsillotom darstellt, an dem das Messer durch eine kräftige Feder bewegt wird.

ADOLPH BRONNER.

103) **Gradle. Heiss-Schlingen-Tonsillotom. (Hot snare tonsillotom.)** *N. Y. Medical Record. 17. April 1897.*

Beschreibung des Instrumentes, das etwas stärker als die gewöhnliche heisse Schlinge ist.

LEFFERTS.

104) **Frederick Spicer. Modification des Tonsillotoms. (Modification of the tonsillotome.)** *Brit. Med. Journal. 6. März 1897.*

Abbildung des Instruments, dass dem von Morell Mackenzie ähnlich ist. Das Messer, das die Mandel abschneidet, ist mit einer starken Feder verbunden, die losgelassen wird, sobald das Instrument angelegt ist. Zu beziehen bei Mayer und Meltzer, London.

ADOLPH BRONNER.

105) **G. K. Finlay. Mandel-Zange. (Tonsil forceps.)** *British Medical Journal. 20. März 1897.*

Abbildung des Instrumentes, das bei Arnold u. Sons zu beziehen ist.

ADOLPH BRONNER.

106) **H. Smith. Neue Zange für die Mandeln. (New tonsil forceps.)** *British Medical Journal. 22. Mai 1897.*

Abbildung der Zange, die bei Mayer Arnold u. Sons, London, zu haben ist.

ADOLPH BRONNER.

107) **C. C. Stone. Schanker der Mandeln. (Chancre of the tonsils.)** *Medical Age. 10. Februar 1897.*

St. bespricht das Aussehen und die Differentialdiagnose des Mandelschankers. Er berichtet über eine eigene Beobachtung und stellt 80 Fälle aus der Literatur zusammen. Von diesen betreffen 49 Männer, 31 Frauen, bei einem fehlt die Angabe des Geschlechts.

FROTHINGHAM (LEFFERTS)

108) **L. Jullien. Doppelseitiger Schanker der Mandeln. (Chancres bilatéraux des amygdales.)** *Soc. de dermatol. 11. März 1897. Annal. de dermatologie. VIII. p. 275.*

J. berichtet über den seltenen Fall eines doppelseitigen Schankers der Mandel bei einem 17jährigen Mädchen. Dasselbe, Virgo, hatte Lues acquirirt durch Saugen an der Brust einer kürzlich niedergekommenen Verwandten, die ihr Kind stillen wollte und schlecht ausgebildete Brustwarzen hatte. Diese war durch ihren

Gatten inficirt worden; auch das Kind war syphilitisch. Beide Mandeln sind Sitz weiter Geschwüre mit hartem Rande und eitrigem Grunde; die umgebenden Gewebe sind entzündet und ödematös. Beiderseits besteht erhebliche Drüsenanschwellung am Hals, am Warzenfortsatz, suboccipital und in der Achselhöhle. Ausserdem ist eine Roseola zu constatiren.

A. CARTAZ.

109) **Audry** und **Iversene. Primäres und isolirtes Gummi der Mandel. (Gomme primitive et isolée de l'amygdale.)** *Annal. de dermat. VIII. p. 75.*

34jährige Frau, hereditär nicht belastet und Mutter von 3 gesunden Kindern, erkrankte mit Kehlkopfstörungen, die als tuberculös behandelt werden. Im nächsten Jahre Halsschmerzen und Schwellung der Mandel zu Nussgrösse; der Tumor ist transversal gespalten durch einen Substanzverlust mit rothem Grunde. Der Kehlkopf ist frei. Wieder wird an Tuberculose gedacht. Nach Excision eines Theiles der Mandel und Cauterisation des Restes tritt unter specifischer Behandlung sehr rasch Heilung ein; der Tumor verschwindet. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Stückes ergiebt eine Infiltration mit embryonalen Zellen und eine oder zwei Riesenzellen.

A. CARTAZ.

110) **Lermoyez** und **Macaigne. Primäre Tuberculose der Mandeln. (Tuberculose primitive des amygdales.)** *Soc. anatom. Paris. 11. Juni 1897.*

Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Mandeln eines jungen Mädchens, das chronische Hypertrophie der Tonsillen, aber keine Lungenphthise hatte, ergab vereinzelte und confluirende nekrotische Tuberkel mit deutlichen Riesenzellen und spärlichen Koch'schen Bacillen.

A. CARTAZ.

111) **L. S. Somers. Tuberculose der Mandeln, des Rachens und Kehlkopfs. (Tuberculosis of the tonsils, pharynx and larynx.)** *Med. and Surg. Reporter (N. Y.). 29. Mai 1897.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **Heymann. Arsenikbehandlung bei Mandelsarcom. (Traitement arsenical du sarcome des amygdales.)** *Arch. internat. de laryngol., d'otol. etc. No. 2. 187.*

Verf. erhielt unter 5 Versuchen, die er bei Kranken anzustellen Gelegenheit hatte, welche bereits operirt, aber mit einem Recidiv erkrankt waren, 2mal ein brillantes Resultat.

E. J. MOURE.

113) **David Newman** (Glasgow). **Epitheliom der linken Tonsille, entfernt durch seitliche Pharyngotomie und Spaltung des Kiefers vor dem Winkel. (Epithelioma of the left tonsil, removed by lateral pharyngotomy and by division of the jaw in front of its angle.)** *Glasgow Med. Journal. Februar 1897.*

Die Geschwulst war etwa taubeneigross und hatte den hintern Gaumenbogen bereits ein wenig ergriffen. An der Discussion über den Fall betheiligten sich Merry, Renton, Clark und Dalziel.

P. MC. BRIDE.

114) **David Newman. Bemerkungen über die chirurgische Behandlung der malignen Erkrankung der Tonsille. (Remarks on the surgical treatment of malignant disease of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 2. Januar 1897.*

Kurze Krankengeschichte von 2 Fällen, die vor etwa 1 Jahr mit Erfolg operirt wurden. Ist die Affection umgrenzt, so hat die Operation vom Munde aus zu erfolgen. In manchen Fällen muss die Carotis externa unterbunden werden. Bisweilen ist die Spaltung des Unterkiefers nothwendig. Für die seitliche Pharyngotomie giebt es 6 verschiedene Wege. Die Tracheotomie ist für gewöhnlich nicht nöthig, wenn die Art. lingualis und facialis unterbunden sind. Die Geschwulst soll mit Messer oder Scheere abgetragen werden. Die frühzeitige Stellung der Diagnose ist von der höchsten Wichtigkeit. ADOLPH BRONNER.

115) **C. Morton. Entfernung einer Tonsille, des Mundbodens und der Hälfte der anderen Tonsille mittelst äusserer Pharyngotomie wegen Epitheliom. (A case in which the tonsil, floor of the mouth and half the tonsil were removed by external pharyngotomy for epithelioma.)** *British Medical Journal. 27. März 1897.*

55jähriger Patient. Der Heilungsverlauf war ein glatter. 5 Monate nachher war Patient recidivfrei. ADOLPH BRONNER.

116) **A. M. Sheild. Ein Fall von Aneurysma durch Anastomosen der Gefässe des harten Gaumens. (A case of aneurysm by anastomosis involving the vessels of the hard palate.)** *Lancet. 15. August 1896.*

57jähriger Mann, der einige Tage lang eine starke Blutung von der linken Seite des harten Gaumens hatte. Es bestand daselbst ein kleines blutendes Geschwür gerade gegenüber dem zweiten Molarzahn. An der Basis des Alveolarfortsatzes war eine haselnussgrosse, weiche, pulsirende Geschwulst zu fühlen. Es wurde ein Theil des Oberkiefers entfernt, mit Einschluss des Alveolarrandes vom zweiten Schneidezahn an, und der harte Gaumen bis zur Mittellinie. Der Fall endete mit Heilung. ADOLPH BRONNER.

117) **H. Ripault. Fistel des Gaumensegels infolge von chronischer Periamygdalitis. (Fistule du voile consécutive à une periamygdalite chronique.)** *Ann. des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 3. März 1897.*

Der 13jährige Knabe hatte nahe der Basis des Zäpfchens an der linken Seite eine Fistelöffnung, aus der Eiter trat, sobald man auf die entsprechende, in ihrem Volumen vergrösserte Mandel drückte. Die Mandel wurde abgetragen und der Fistelgang mittelst des galvanischen Messers zerstört. Die Affection war die Folge eines Mandelabscesses, einer, wie der Verf. sagt, beim Kinde sehr seltenen Erkrankung. E. J. MOURE.

118) **F. Niedermayr** (Pressbaum). **Riss des Gaumensegels durch Trauma.** *Wien. med. Blätter. No. 25. 1897.*

Ein fünfjähriger Knabe fiel mit einer Holztrompete im Munde eine Treppe herab. Das stumpfkantige Mundstück des Kinderspielzeugs verursachte eine $1^1/_2$ cm lange, die ganze Dicke des Gaumensegels durchsetzende Risswunde,

knapp über der Uvula beginnend. Keine Blutung. Keine anderweitige Verletzung der Mund- und Rachenhöhle. Mangels geschulter Assistenz unterlies N. die Naht und verordnete Gurgelwasser und flüssige Nahrung. Nach 18 Tagen zeigte sich an Stelle der Wunde eine weissliche Narbe sowie eine seichte Einkerbung am Gaumensegelrand.

CHIARI.

119) **M. Hajek** (Wien). **Operation der Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand. Offenhaltung der künstlich geschaffenen Communication.** *Allgem. Wien. med. Zeitung. No. 2. 1897.*

Verf. hat nur die flächenhaften breiten Verwachsungen im Auge, da ja die linearen Adhäsionen leicht mittelst eines rechtwinklig abgebogenen Messers abgelöst werden können. Bei Beschreibung der Operationstechnik verweist Verf. auf die Wichtigkeit der Dehnung der seitlichen Narben und giebt eine Zeichnung eines von ihm zu diesem Zwecke construirten Dilatators nach dem Principe des B. Fraenkel'schen Nasenspeculums.

CHIARI.

120) **Alexander Baurowicz. Ein gestielter Drüsenkrebs des weichen Gaumens.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. VI. H. 1. 1897.*

Kurze Krankengeschichte und Abbildung des Tumors und eines mikroskopischen Präparates von demselben. Die Geschwulst wurde manuell entfernt, der Stiel mit der Scheere ausgeschnitten. Nach dem histologischen Befunde handelt es sich um ein Fibroadenom, in dem später eine atypische Wucherung der Epithelzellen Platz gegriffen hat.

F. KLEMPERER.

121) **K. Sapeschko. Methode der Gaumenbildung nach Entfernung des Oberkiefers wegen bösartiger Neubildungen. (Sposob obrasowanija wba posle udalenija werchnei tscheljneti pri slokatschestwenich nowo-obrasonijach.)** *Letopis russkoi chirurgii kniga. III. 1897.*

Der Artikel hat rein chirurgisches Interesse.

P. HELLAT.

122) **Bardenheuer** (Köln). **Bildung einer neuen harten Gaumenplatte nach Oberkieferresection durch Drehung der Nasenscheidewand.** *Deutsche medicinische Wochenschr. 1897. Vereinsbeilage No. 21.*

Nach vollendeter Kieferresection löst B. die Nasenscheidewand durch einen Schnitt, der parallel dem Nasenrücken nach oben und von da zunächst horizontal und dann in sanftem Bogen nach abwärts verläuft. Ein fernerer Schnitt durchtrennt das vordere Drittheil des Septums dicht über der Gaumenplatte. Nun wird der umschnittene Theil nach abwärts umgelegt, durch Nähte befestigt und von oben mit einem Wangenschleimhautlappen gedeckt. — Das kosmetische und functionelle Resultat der Methode ist vortrefflich.

ZARNIKO.

d. Diphtheritis und Croup.

123) **W. R. Stokes. Bakterielle Demonstrationen betreffend Diphtheritis. (Bacterial demonstrations of diphtheria.)** *Maryland Med. Journ. 13. März 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).



124) **E. Le Fevre. Die Verhütung der Diphtherie auf der Grundlage der Kenntniss des Diphtheriebacillus. (The prevention of diphtheria based on a study of the Klebs-Loeffler bacillus.)** *Annals of Hygiene. Februar 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

125) **Kühnau. Ueber Mischinfection mit Proteus bei Diphtherie der Halsorgane.** Aus der med. Klinik von Kast-Breslau. — *Zeitschrift f. klin. Medic. XXXI. 1897.*

In schweren Fällen von Diphtherie fand sich intra vitam und post mortem ein Bacterium, welches sowohl an sich für Mäuse wie Meerschweinchen höchst pathogen ist, als auch namentlich in Verbindung mit den Diphtherie-Bacillen schwerste hämorrhagische Infiltration und gangränöse Processe hervorruft. Es folgen genaue Angaben über Färbbarkeit, Biologie u. s. w. des Bacteriums.

A. ROSENBERG.

126) **Zbinden** (Lugano). **Zur Statistik der klinischen Diphtherie.** Berner Dissertation. 1896.

Eine fleissige, übersichtlich ausgearbeitete und mit Tabellen und Tafeln gut versehene, statistische Arbeit, deren Material der Berner medicinischen Klinik von 1888 bis Herbst 1894 entnommen ist und 309 Krankengeschichten beschreibt. Darunter sind keine Anginae lacunares gerechnet.

Die Schrift ist gruppirt nach 1. dem localen Befund, 2. der Aetiologie, 3. den Complicationen, 4. dem Verhältniss der Tracheotomie zum Decanulement, 5. der Lokalität, 6. dem Einfluss des Geschlechts und des Alters auf Morbidität und Letalität, 7. dem Einfluss der socialen Verhältnisse auf Morbidität und Letalität.

Die Hauptergebnisse sind folgende (viele bemerkenswerthe Einzelheiten müssen im Originale nachgelesen werden):

a) Die Gefahr für die Diphtheriekranken wächst direct mit der zunehmenden Ausbreitung der Schleimhautläsion. Natürlich kommt diesbezüglich die Ausbreitung auf den Kehlkopf in erster Linie, ganz besonders wenn der Pharynx zugleich befallen ist. Ominös scheint Ref. aus dieser Statistik sowie aus seiner eigenen Erfahrung die Localisation auf der hinteren Rachenwand zu sein.

b) Die Diphtherie tritt in höchster Zahl epidemisch, nahezu aber ebenso oft sporadisch auf. Familienfälle und Nachbarfälle sind viel seltener. Positiv nachweisbare directe Uebertragung ist äusserst selten. Masern sind ätiologisch weit häufiger als der Scharlach.

c) Unter den Complicationen sind diejenigen mit Pneumonie (80 pCt.) und Milzschwellung (74 pCt.) weitaus die lebensgefährlichsten; dann kommt die Rachendiphtherie (61 pCt.), die Lymphadenitis (40 pCt.) und in letzter Linie die Albuminurie (23 pCt.) und die Lähmungen (20 pCt.).

d) Der Erfolg der Tracheotomie wächst mit dem Alter, unter 1 Jahr ist er fast null.

e) Die Letalität ist bei Mädchen grösser als bei Knaben.

f) Die Diphtherieletalität ist bei den verschiedenen Bevölkerungsklassen eine gleichmässige (nicht so die Morbidität).

Es ist bei der herrschenden bacteriologischen Confusion jedenfalls sehr angezeigt, wenn man die klinische Diphtherie wieder mehr und hauptsächlich studirt (Ref.).

JONQUIÈRE.

127) **J. F. Kahler. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Ohio Medical Journal. März 1897.*

K. giebt eine kurze Uebersicht über die Pathologie, Symptomatologie und Therapie der Erkrankung. Er empfiehlt die Anwendung des Heilserums und berichtet über 6 mit demselben behandelte Fälle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

128) **Gouguenheim** (Paris). **Die Diphtherie beim Erwachsenen. (Sur la diphthérie de l'adulte.)** *Société médicale des hôpitaux. 29. Januar 1897.*

Verf. stellt fest, dass die Schwere der Erkrankung und ihre Prognose weder durch die Dimension des Bacillus noch durch ihre Association mit anderen Bacterienarten beeinflusst wird. Auch der Albuminurie kommt eine prognostische Bedeutung nicht zu, besonders beim Erwachsenen nicht.

Bezüglich der Behandlung erscheint häufig die Serumbehandlung angezeigt (8—20 ccm Serum), obschon die spontane Heilung die Regel ist.

PAUL RAUGÉ.

129) **A. Gouguenheim. Beitrag zur Kenntniss der Diphtherie beim Erwachsenen. (Contribution à la diphthérie de l'adulte.)** *Annales des malad. de l'or., du larynx etc. No. 3. März 1897.*

Die Diphtherie tritt nicht selten beim Erwachsenen in Form einer acuten (lacunären, herpetischen oder anderen) Angina auf. Der Kehlkopf ist selten ergriffen, dagegen die Schwellung der Submaxillardrüsen ziemlich verbreitet. Nasen- und Rachenraum sind für die Erkrankung empfänglich. Diphtherische Lähmung ist selten. Der Löffler'sche Bacill ist kurz, mittelgross oder lang, je nach dem Fall. Die Mischinfection mit anderen Microorganismen beeinträchtigt die Prognose nicht. Die Contagion ist augenscheinlich. Albuminurie ist häufig, indess ohne üble prognostische Bedeutung. Oft erfolgt die Heilung spontan, oft aber auch ist die Serumbehandlung angezeigt.

E. J. MOURE.

130) **J. A. Hubbard. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Brief. Februar 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

131) **Heyder** (Plaue). **Croup oder Diphtherie?** *Corresp.-Bl. d. allgemein. ärztl. Vereins v. Thüringen. XXVI. 4. 1897.*

Croup ist nach H.'s Ansicht eine Krankheit sui generis, die allerdings häufig mit Diphtherie complicirt auftritt; als Erreger fand er einen specifischen Bacillus, der sich wesentlich sowohl mikroskopisch als im Verhalten der Cultur von dem echten Löffler'schen Diphtheriebacillus unterscheidet. Zur Behandlung empfiehlt er Natr. benzoicum mit Pilocarpin.

SEIFERT.

132) **C. R. Henrickson. Kehlkopfdiphtherie oder membranöser Croup. (Laryngeal diphtheria or membranous croup.)** *Oklahama Med. Journ. April 1897.*

Bericht über 9 Fälle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

133) **C. A. Strasbury. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Brief. März 1897.*
Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

134) **C. Bakker** (Broek). **Fortsetzung des Berichts über die Diphtherie-Fälle, seit 6. Juli 1895 in Broek in Waterland und Umgebung beobachtet etc. (Vervolg van het verslag van de diphtheritis-gevallen, voorgekomen in en om Broek in Waterland sinds 6. Juli 1895 etc.)** *Med. Weekbl. IV. No. 6.*

Zu den früher publicirten Fällen fügt B. 31 neue hinzu. Im Ganzen sind 79 Patienten mit Serum behandelt worden mit einer Mortalität von 4 Fällen. Keine bacteriologische Untersuchung. H. BURGER.

135) **Varnali** (Bukarest). **Ein Fall von Scharlach mit Diphtherie ohne Fieber (Typus Bartels).** *Arch. f. Kinderheilk. XXI. 5. 6. 1897.*
Inhalt deckt sich mit dem Titel, bacteriologische Untersuchung der Pseudomembranen fehlt. SEIFERT.

136) **A. Taylor. Die Diphtherie und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Dominion Med. Monthly and Ontario Med. Journal. Jan. 1897.*
Kurzer Artikel zn Gunsten der Serumtherapie; Verf. selbst hat das Mittel aber nur in zwei sehr schweren Fällen versucht. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

137) **T. E. Mitchell. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *The Southern Practitioner. März 1897.*
M. empfiehlt den Gebrauch alkalischer Douchen und die Einpinselung von Mousell'scher Lösung oder Eisenchloridtinctur. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

138) **J. M. Bartolet. Die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Med. and Surg. Reporter (N. Y.). 20. März 1897.*
Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

139) **A. D. Cloyd. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Medical Brief. März 1897.*
Bericht über 3 Fälle, die mit Calomelfumigationen behandelt wurden. Ein Fall wurde intubirt. Alle 3 kamen zu Heilung. FROTTINGHAM (LEFFERTS).

140) **J. L. Wiggin. Die Tracheotomie und ihre Nachbehandlung mit Krankengeschichten. (Tracheotomy; after treatment; with report of cases.)** *Medical Review. 13. Februar 1897.*

Verf. gebrauchte Kalkwasser. Er berichtet über 9 Fälle von Tracheotomie bei Diphtherie und Croup, von denen 3 starben. FROTTINGHAM LEFFERTS).

141) **H. Jonker** ('s Graveland). **Zwei Fälle von Larynxstenose, durch Intubation geheilt. (Twee gevallen van larynx-stenose genezen door intubatie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1897. I. No. 12.*

Zwei Fälle von Larynxdiphtherie wo die Intubation sich gut bewährte.

H. BURGER.



142) **A. C. Wolfe. Der Werth der frühen Intubation beim pseudomembranösen Croup. (The value of early intubation in pseudo-membranous croup.)** *Columbus Med. Journal. 2. März 1897.*

Verf. berichtet über 20 Intubationen, von denen 8 zur Heilung kamen.

FROTTINGHAM (LEFFERTS).

143) **Theodor** (Königsberg). **Diphtherie und Heilserum.** *Arch. f. Kinderheilk. XXIII. Bd. 4.—5. Heft. 1897.*

Von 34 mit Heilserum behandelten Fällen kamen 4 ad exitum und zwar nur derartige Fälle, welche erst frühestens am 4. Tage zur Behandlung gekommen waren. Es genügten fast immer 3—4 Tage zur Herstellung der Kinder. Nebenerscheinungen waren im Grossen und Ganzen gleich Null. SEIFERT.

144) **Roger** und **Josué** (Paris). **Wirkung des Diphtherietoxins und des Antitoxins auf das Knochenmark. (Action de la toxine et de l'antitoxine diphthérique sur la moelle osseuse.)** *Société de biologie. 9. Januar 1897.*

Die Verf. beobachteten bei Kaninchen nach Injection von Diphtheriegift eine ausgesprochene Proliferation der zelligen Elemente des Knochenmarks. Das Gleiche war nach Injection von Diphtherieserum der Fall; nur betraf hier die Wucherung die kleinen Zellen, während nach der Giftzufuhr die grossen und mittleren Zellen sich vermehrten. Bei gleichzeitiger Injection von Gift und Serum proliferiren auch vorwiegend die kleinen Zellen, doch ist das Phänomen nicht so klar, wie wenn man Serum allein injicirt.

PAUL RAUGÉ.

145) **Mazanek. 8 Fälle von Diphtherie mit Behring'schem Serum behandelt. (8 przypadków btonicy, leczonych surowica Behring'a.)** *Przeglad lekarski. No. 3. 1897.*

Es starben 2 Patienten.

A. SOKOLOWSKI.

146) **Timaschew. Resultate der Serumtherapie in der pädiatrischen Klinik der Tomsker Universität. (Resultati siworototschnaco letshenija difterij w detskoi klinike Tomskawo Uniwersitota.)** *Wratsch. No. 5. 1897.*

Behandelt wurden 55 Fälle ohne Larynxaffection. Sterblichkeit 16,36 pCt.; ferner 12 Fälle mit Larynxaffection — Sterblichkeit 66,6 pCt.

P. HELLAT.

147) **Rojanski. Klinische Beobachtungen über die Heilwirkungen des Diphtherieserums aus dem bacteriologischen Laboratorium des Ssamaraschen Gouvernements Landschaft. (Klinitscheskija nabljudenija nad letschebnim deistwijem protiwo difterijnoi siworotki is bakteriologitscheskoi laboraterij samatskawo semstwa.)** *Wratsch. No. 7. 1897.*

Mittheilung in der Sitzung der Aerzte-Gesellschaft der Kasan'schen Universität über die Behandlung von 49 Diphtheriefällen mit einer Sterblichkeit von 6,3 pCt.

P. HELLAT.

148) **E. Sisternes** (Mataro). **Die Sero-Therapie in der Diphtherie. (La suero-terapia en la difteria.)** *Gaz. Med. Catal. No. 475. 1897.*

Eine Statistik von 30 Beobachtungsfällen mit epikritischen Betrachtungen.

R. BOTEY.



149) **H. M. Biggs** und **A. R. Guerard. Die Serumanwendung in der Diphtheritisbehandlung unter der Aufsicht des New York City Health Department; mit einem Resumé über die bisherigen Publicationen über diesen Gegenstand. (The use of antitoxin serum in the treatment of diphtheria under the supervision of the New York City Health Department, with a resumé of the published reports of this subject.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1897.* Vergl. a. *Medical News. 26. December 1896 u. ff. N. Y. Med. Journ. 30. Jan. 1897.*

Die Verff. kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Serum hat ganz allgemein die Diphtheriesterblichkeit herabgesetzt und zwar mindestens um die Hälfte. 2. Es wirkt klinisch günstig auf die Krankheit; der Verlauf ist kürzer und milder. 3. Je früher die Serumtherapie eingeleitet wird, um so besser ist ihr Erfolg. Bei Einverleibung adäquater Dosen betrug die Mortalität der in den ersten 24 Stunden behandelten Fälle nicht über 5 pCt. 4. Das Serum wirkt specifisch bei echter und reiner Diphtherie (d. h. wenn die Symptome ausschliesslich vom Klebs-Loeffler'schen Bacillus verursacht sind); es ist weniger wirksam bei Mischinfection, bringt aber auch in diesen Fällen entschiedenen Nutzen. 5. Die Diagnose soll stets bakteriologisch gesichert werden; doch ist in jedem verdächtigen Falle von membranöser Angina, besonders bei Kindern, eine mittlere Serumdosis zu geben und eventuell später zu wiederholen. 6. Das Mittel hat in den gebräuchlichen Dosen keine ernsten Nebenwirkungen; Ausschläge und anderes sind ohne Bedeutung im Vergleich zur Gefahr der Krankheit; Nieren, Herz und Nervensystem werden durch das Serum nicht geschädigt.

Albuminurie, Herzschwäche und postdiphtheritische Lähmung werden freilich auch nicht gänzlich verhütet, weil die bei Eintritt der Serumbehandlung durch das diphtheritische Virus bereits gesetzten Veränderungen nicht mehr ganz rückgängig werden, sondern nur ihre weitere Ausdehnung verhindert wird. 7. Die durch das Serum erzielte Immunität schützt nur kurze Zeit, nämlich drei oder vier Wochen. Die prophylactische Injection von hochgradigem Serum, von dem nur kleine Mengen erforderlich sind, ist absolut unschädlich, selbst bei den kleinsten Kindern. 8. Das Serum ist nicht Specificum für alle Formen von Diphtherie, die beim Menschen vorkommen, aber es ist doch bisher bei Weitem das beste Mittel. Den Kritikern, die über dasselbe aburtheilen, rufen die Verff. das Wort des deutschen Dichters zu:

„Das ist die richtigste Kritik der Welt,
Wenn neben das, was ihm missfällt,
Einer etwas Eigenes und Besseres stellt.“

LEFFERTS.

150) **J. P. Mahoney. Resultate mit dem Gebrauch von Heilserum bei Diphtheritis. (Results obtained in the use of antitoxin in diphtheria.)** *Atlantic Med. Weekly. 16. Januar 1897.*

34 Fälle. Von 30, die Verf. in den ersten 72 Stunden nach Ausbruch der Krankheit zur Behandlung bekam, starb nur einer. Die übrigen 4 waren bereits 4 oder 5 Tage krank und waren septisch, als sie Verf. sah; diese kamen zum Exitus.

FROTTINGHAN (LEFFERTS).

151) **Wm. T. Watson. Persönliche Erfahrungen mit der Kehlkopfdiphtherie. (Personal experience with laryngeal diphtheria.)** *Maryland Medical Journal. 16. Januar 1897.*

Seit Einführung des Serums sah Verf. 17 Fälle, in allen war die Intubation erforderlich. 3 starben und zwar noch innerhalb 24 Stunden nach der ersten Seruminjection. FROTTINGHAM (LEFFERTS).

152) **Cuno. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1897.*

Bericht über 483 Fälle: davon 282 schwer, 112 mässig schwer und 89 leichte. Im Ganzen starben 51 = 10,5 pCt. Bei Abzug der moribund Eingelieferten (5) und der Kinder, die lange nach der Heilung der Diphtherie an anderen, mit dieser nicht in Zusammenhang stehenden Krankheiten starben (12), reducirt sich die Mortalität auf 7,03 pCt. Die Mortalität der letzten 6 Jahre variirte zwischen 32,6 und 43,8 pCt. In den beiden letzten Jahren wurde nur das Serum gegeben und jede locale Behandlung ausgesetzt. LEFFERTS.

153) **Redact. Bemerkung. Die therapeutischen Grenzen der Serumtherapie. (The therapeutic limits of antitoxin serum.)** *Texas Medical News. Februar 1897.*

Nichts von Interesse. FROTTINGHAM (LEFFERTS).

154) **J. P. Baker. Neuere Erfahrungen über die Behandlung der Diphtheritis. (Some recent experience in the treatment of diphtheria.)** *Columbus Medical Journal. 2. Februar 1897.*

Bericht über 31 Fälle; 24 davon wurden mit Serum behandelt; 1 Fall endete letal. FROTTINGHAM (LEFFERTS).

155) **C. O'Leary. Eine persönliche Meinung über das Heilserum. (A personal opinion of antitoxin.)** *Atlantic Med. Weekly. 6. Februar 1897.*

Verf. hat keine eigenen Erfahrungen. FROTTINGHAM (LEFFERTS).

156) **H. M. Biggs. Serum bei Diphtheritis. (Antitoxin in diphtheria.)** *Maryland Med. Journal. 6. Februar 1897.*

Eine Zusammenstellung von 25000 Fällen, gesammelt von 150 Beobachtern, erweist eine Herabsetzung der absoluten und der procentualen Sterblichkeitsziffer um die Hälfte. FROTTINGHAM (LEFFERTS).

157) **Douglas C. Moriata. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The serum treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 13. Februar 1897.*

Der Verf. beginnt mit den Worten: „Wenn ich über die Frage der Serumtherapie mich hier auslasse, so erwarte ich nicht, etwas Neues vorzubringen". Seine Erwartung ist erfüllt worden. LEFFERTS.

158) **J. Connell. Intubation und Antitoxin. (Intubation and antitoxin.)**

Die Periode der Intubation ist durch den Gebrauch des Serums thatsächlich

verkürzt. Man kann nach 36—48 Stunden extubiren. In dieser Zeit haben sich die Membranen gelockert und werden ausgehustet. Bisweilen freilich ist es nothwendig, zu reïntubiren.

ADOLPH BRONNER.

159) **J. T. Manally. Intubation. (Intubation.)** *Med. Review. 13. Febr. 1897.*

Verf. glaubt an die Wirksamkeit des Heilserums im Verein mit der Intubation bei der Behandlung des membranösen Croups.

FROTTINGHAM (LEFFERTS)

160) **W. Cheatham. Der gegenwärtige Stand der Serumtherapie bei Diphtheritis. (The present status of the serum treatment in diphtheria.)** *Am. Pract. and News. 20. Februar 1897.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

161) **Ella Camp. Grosse Serumdosen bei Diphtheritis. (Large doses of antitoxin in diphtheria.)** *Medical News. 27. Februar 1897.*

Der 4jährige Patient erhielt im Ganzen 4300 Immunitäts-Einheiten eingespritzt.

LEFFERTS.

162) **J. W. M'Langhlin. Die Serumbehandlung der Diphtheritis. (Serum cure of diphtheria.)** *Texas Med. News. März 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

163) **W. Lockhart. Zur Serumbehandlung. (Antitoxin, diphtheory.)** *Medical Brief. April 1897.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

164) **L. Réthi** (Wien). **Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung infolge von Arsenikgebrauch.** *Wiener med. Presse. 1897. No. 11.*

Zwei Fälle. Im ersten stellten sich in Folge Gebrauches von Solutio Fowleri gen. Entzündungen ein und sistirten nach Aussetzen der Arsenmedication sofort. Im zweiten Falle war wegen Psoriasis innerlich Arsenik gegeben worden. (Mengen des Arseniks?)

CHIARI.

165) **Hepp. Eine Form von acuter Laryngitis bei Kindern, die Croup vortäuscht. (Etude sur une forme de laryngite aigue de l'enfance simulant le croup d'emblée.)** *Gaz. des hôpit. 2. März 1897.*

Verf. berichtet über 6 Fälle von acuter Laryngitis, die er bei ganz jungen Kindern beobachtete, und die mit so starker Dyspnoe und Stridor einhergingen, dass die Intubation, in einem Falle die Tracheotomie nöthig wurde. Die Fälle boten vollständig das Bild schweren Croups, doch ergab die Untersuchung des Rachenschleims keine Diphtheriebacillen. Es handelte sich um einfache acute Laryngitis mit Schwellung der Schleimhaut, vielleicht mit leichtem Oedem. Die laryngoskopische Untersuchung war — wie so oft bei ganz kleinen Kindern —

nicht möglich. Diese Form der Laryngitis, von der Touchard bereits Beispiele mitgetheilt hat (R. S. M. XLIII. 702), wird charakterisirt durch die Dyspnoe mit Suffocationsanfällen, die verlöschte Stimme und die Zeichen des Tracheo-Bronchialkatarrhs.

A. CARTAZ.

166) **Stanislaus von Stein. Ein bisher noch nicht besprochener Fall einer Kehlkopferkrankung mit Entwicklung und Abstossung von Schuppen aus verhornten Epithelzellen (Laryngitis desquamativa.)** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1897.*

57jähriger Mann, dessen rechtes Stimmband in eine schneeweisse Fläche verwandelt war, und die im Titel erwähnten Veränderungen des Epithels zeigte.

SCHECH.

167) **Ch. Harley. Die suffocative Laryngitis bei Varicellen. (De la laryngite suffocante varicelleuse.)** *Thèse de Paris. 1897.*

H. bespricht die Fälle von Marfan und Bayeux und berichtet über zwei eigene Beobachtungen. Die Art der Laryngitis ist selten; sie kommt aber primär wie secundär vor und giebt zu so schweren Erstickungserscheinungen Anlass, dass ein chirurgisches Eingreifen nöthig ist.

A. CARTAZ.

168) **Biehl** (Wien). **Ein Fall von acutem Glottisödem bei Nephritis.** Vortrag, gehalten im wissenschaftlichen Verein der Militärärzte der Garnison Wien am 9. Februar 1897. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1897.*

Demonstration eines Patienten, welcher wegen in Folge von Nephritis aufgetretenem Larynxödem zweimal tracheotomirt werden musste. Genaue Krankengeschichte. Heilung.

CHIARI.

169) **O. Chiari** (Wien). **Ueber primäre acute Entzündung des submucösen Gewebes des Kehlkopfes.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1897.*

Nach Anführung der einschlägigen Literatur, in der sich die verschiedensten Namen für die einzelnen Formen dieser Erkrankung vorfinden, giebt Verf. seiner Meinung Ausdruck und hält unter Anderem die Aufstellung des Kehlkopferysipels als selbstständige Erkrankung für nicht gerechtfertigt. Im Allgemeinen schliesst sich Chiari der Ansicht Kuttner's und Semon's an, die für die Zusammengehörigkeit aller Processe sprechen, bei denen eine ödematöse, plastische oder eitrige Infiltration in irgend einem Larynxtheile stattfindet, und dieselben in zwei grosse Abtheilungen scheiden, deren erste Gruppe durch die Laryngitis submucosa acuta infectiöser und nicht infectiöser Natur repräsentirt wird, während die zweite die secundären Larynxödeme ohne activen Reizzustand des Larynx umfasst. Chiari sondert nur von den Phlegmonen die Abscesse des Kehlkopfs ab, welche nach ihrem Verlaufe und ihrer umschriebenen Localisation grosse Aehnlichkeit mit den Furunkeln der Haut haben. Sodann beschreibt Verf. 11 selbst beobachtete Fälle acut infectiöser primärer submucöser Laryngitiden, woraus hervorgeht, wie verschieden dieselben in ihrem Verlaufe sind, abhängig von der verschieden grossen Widerstandsfähigkeit des Individuums, der Virulenz der Infectionserreger und der Menge der eingedrungenen Organismen. Die der Infection folgende Ent-

zündung kann in ödematöser Form auftreten oder es kommt zu plastischer Infiltration oder endlich zu ausgebreiteter Eiterung oder Jauchung. Schliesslich bespricht Chiari die Diagnose, Prognose und Therapie. CHIARI.

170) **Denon. Nekrose des Kehlkopfs im Gefolge von Typhus. (Nécrose du larynx consécutive à la fièvre typhoide.)** *Nord. méd. 1. Februar 1897.*

In der Reconvalescenz von Typhus trat ein Erysipel auf, später Erscheinungen von Seiten des Larynx, die sehr bald die Tracheotomie nöthig machten. Exitus letalis. Bei der Section fand sich eine Nekrose des Larynx und vollständige Zerstörung der Schleimhaut. A. CARTAZ.

171) **Eugène Druon** (Lille). **Nekrose des Kehlkopfs im absteigenden Stadium eines Typhus. (Nécrose du larynx au déclin d'une fièvre typhoide.)** *Journal des Scienc. méd. de Lille. 27. März 1897.*

Der Typhus hat von Seiten des Kehlkopfs 3 Formen, richtiger 3 Grade von Complicationen:

1. Erythematöse Processe, die sehr häufig dabei nicht schwer sind und meist nur eine unbedeutende Behandlung erfordern.

2. Ulceröse Processe, seltener ($^1/_{10}$ der Fälle) und schwerer; sie können unmittelbar durch Schleimhautödem oder später durch Narbenstrictur zu Erstickuugsanfällen Anlass geben.

3. Nekrotische Processe, sehr selten ($^1/_{60}$ der Fälle) und sehr schwer. Ist die Dyspnoe bedrohlich, so wird die Tracheotomie gemacht. Dieselbe verdient vor der Laryngotomia inter-crico-thyreoidea und der Intubation den Vorzug, weil bei beiden die Gefahr besteht, dass ein nekrotisches Knorpelstück in die Luftwege gestossen wird. PAUL RAUGÉ.

172) **L. Glück** (Sarajewo). **Die Behandlung der Larynxsyphilis mit hoch dosirten intramuskulären Sublimatinjectionen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 1, 2, 3. 1897.*

Verf. berichtet über 30 Fälle. Sehr befriedigende Resultate. CHIARI.

173) **Peplau** (Drossen). **Lupus laryngis.** Dissert. Würzburg. 1897.

Zwei Fälle von secundärem Kehlkopflupus.

a) 17jähriges Mädchen mit Lupus der Nase, lupösen Narben im Rachen und Lupus der Epiglottis, des Larynxeinganges, sowie des Kehlkopfinnern inclusive Stimmband.

b) 44jähriger Mann mit Lupus der Nase, des Gesichts sowie der Extremitäten und Lupus des Epiglottis, der Taschen- und Stimmbänder. SEIFERT.

174) **Permewan** (Liverpool). **Tuberculöse Geschwürsbildung im Kehlkopf. (Tubercular ulceration of the larynx.)** *Liverpool Med. Chir. Journ. Januar 1897.*

P. beschreibt einen Fall von Heilung tuberculöser Kehlkopfgeschwüre. Zur Discussion sprechen Bark und Hunt. P. Mc BRIDE.

175) **C. H Knight. Drei Fälle von dunkler Kehlkopferkrankung — Tuberculose, Syphilis, Epitheliom. (Three cases of obscure laryngeal disease — tuberculosis, syphilis, epithelioma.)** *Medical News. 5. Juni 1897.*

Fall 1. Tuberculose des Kehlkopfs, maligne Erkrankung vorspiegelnd. 60jähriger Mann; die linke Kehlkopfhälfte infiltrirt und unbeweglich; ein glatter röthlich gestielter Tumor ragt vom linken Taschenband in den Kehlkopf hinein. Es besteht Drüsenschwellung und nach dem Ohr ausstrahlender Schmerz.

Innerhalb von 2 Wochen werden beide Aryknorpel infiltrirt und verdickt und auf der laryngealen Fläche der Epiglottis tritt eine Ulceration auf; die Epiglottis selbst erscheint an beiden Seiten symmetrisch verdickt.

Fall 2. Kehlkopftuberculose complicirt mit latenter Syphilis. Syphilitische Geschwüre treten auf, nachdem der Kehlkopf seit 6 Monaten das Bild atypischer Tuberculose zeigt.

Fall 3. Kehlkopfepitheliom verschleiert durch ausgesprochenes Zurückgehen der Symptome. Die Patientin war 40 Jahre alt. Der Verf. betont, dass ohne das Mikroskop eine Sicherheit der Diagnose in diesem Falle unmöglich zu gewinnen war.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

176) **Solis-Cohen. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 16. Januar 1897.*

Verf. wendet mit gutem Erfolge als locales Anaestheticum bei schmerzhaften Ulcerationen im Kehlkopf, speciell bei tuberculösen, das Bromoform an. In mehreren Fällen, die frühzeitig in Behandlung kamen, wurde durch Bromoformapplication mit nachfolgenden Insufflationen von Jodoform Heilung erhielt. Bei vorgeschrittenen Fällen hat Verf. das Mittel gar nicht versucht. Die ganze Gruppe des Jodoforms, Chloroforms, Bromoforms und neuerdings auch des Formaldehyds scheint in höherem oder geringerem Grade specifische antituberculöse Eigenschaften zu besitzen. Ob diese durch directe Einwirkungen auf die Bacillen oder durch Einflüsse auf den histologischen Vorgang sich geltend machen, vermag Verf. nicht zu sagen; er neigt mehr der letzteren Ansicht zu.

LEFFERTS.

177) **J. H. Coultier. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *Chicago Med. Recorder. März 1897.*

C. hält das Guajacol für das beste Mittel zur localen Application.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

178) **S. G. Dabney. Acute Kehlkopftuberculose (?). (Acute tuberculosis of the larynx [?].** *Southern Med. Record. Mai 1897.*

Mittheilung einer Krankengeschichte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

179) **R. Botey. Intratracheale Injectionen von Kreosot und Guajacol bei der Lungen- und Kehlkopftuberculose. (Les injections tracheales de creosote et de gaiacol dans la tuberculose laryngo-pulmonaire.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. Januar 1897.*

B. erinnert an die Toleranz der Trachea für die Injection der Flüssigkeiten,

die er früher experimentell nachgewiesen hat (Acad. des scienc. 21. Juli 1890). Er injicirt bei Tuberculösen 3—10 g einer Lösung von 1 oder 2pCt. Kreosot oder Guajacol in Olivenöl direct in die Trachea. Die Toleranz tritt im Allgemeinen ziemlich rasch ein und die Kranken vertragen bald bis zu 40 bis 50 g der Lösung. Die Injection erzeugt Husten, bei dem ein Theil der Flüssigkeit wieder ausgeworfen wird. In gewissen Fällen hat B. die Injection durch eine Punction der Trachea mitten am Halse ausgeführt. Die Mehrzahl der Kranken erfuhr durch diese Therapie eine schnellere Besserung, als sie das einfache Einnehmen der genannten Medicamente mit sich zu bringen pflegt.

A. CARTAZ.

180) **C. J. Whalen. Kehlkopf- und Lungenphthise. (Laryngo-pulmonary phthisis.)** *Journal Americ Med. Assoc. 13. Februar 1897.*

Als beste locale Mittel führt Verf. auf das Jodtrichlorid, Guajacol und Milchsäure. Guajacol oder Morphiumlösung, Acid. tannicum oder Ac. carbolicum in Glycerin und destillirtem Wasser wirken am besten schmerzlindernd. Cocain sollte nur in extremen Fällen angewandt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

181) **Botey. Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Treatment of tuberculosis of the larynx.)** *Medical News. 3. April 1897.*

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der Milchsäuretherapie. Um die starke Reizung bei der Pinselung, die oft bis zum Kehlkopfkrampf sich steigert, zu vermeiden, empfiehlt B. eine Combination von Milchsäure mit Carbolsäure und Glycerin. Die beiden letzteren sollen einen beruhigenden Einfluss ausüben, ohne die specifische Wirkung der ersteren zu schmälern. B. beginnt die Behandlung mit einer Lösung von 5 pCt. Carbolsäure und 10 pCt. Milchsäure in Glycerin. Bei empfindlichen Patienten ist vorherige Cocainisirung angebracht. Der Pinsel soll 3- oder 4mal eingeführt und energisch damit gerieben werden. Die Stärke der Lösung wird allmälig gesteigert bis zur Endmischung: Carbolsäure 1 Theil, Milchsäure 3 Theile, Glycerin 4 Theile.

LEFFERTS.

182) **R. Mc Kinney. Die Kehlkopftuberculose und ihre Behandlung. (Laryngeal tuberculosis — its treatment.)** *Memphis Med. Monthly. Mai 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

183) **Langerhans. Eine Larynxphthise mit Tuberculin Koch behandelt.** Congress f. innere Medicin in Berlin 1897. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1897.*

Nach 15 Einspritzungen, die immer stärkere Fieberbewegungen nach sich zogen, starb Patient 6 Wochen nach Beginn der Behandlung. Die Tuberculose der Lungen sowohl als auch die des Larynx war rasch fortgeschritten.

CHIARI.

184) **Bussenius** (Berlin). **Einige Mittheilungen über die bisher bei Anwendung des TR-Tuberculins gesammelten Erfahrungen.** Aus der Klinik für Hals- und Nasenkrankh. d. Kgl. Charité (B. Fränkel). — *Deutsche med. Wochenschrift. No. 28. 1897.*

Von 19 mit TR-Tuberkulin behandelten Patienten litten 4 an Lupus, 12 an

Kehlkopftuberculose, 2 an Lungentuberculose, 1 an asthmatischen Anfällen. Insgesammt wurden verbraucht 125,46 ccm (= 1254,6 fester Substanz), also für ca. 1066,75 Mark. Summe der Injectionen 334, grösste Anzahl bei einem Kranken 25. Grösste Menge des für eine Cur verbrauchten Mittels = 15,276 ccm; die grösste einmalige Injection = 4 ccm. Die Behandlungsdauer schwankte von 29—65 Tagen. Regulär wurde von $^1/_{500}$ mg auf 20 mg gestiegen bei 2täglicher Injection mit jedesmaliger Verdoppelung der Dosis. — Die Allgemeinreactionen bestanden in Temperaturerhöhung, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Ziehen in den Gliedern, Herzklopfen etc. Dabei zeigten sich grosse Unterschiede in der Wirkung der einzelnen Fläschchen. Eine Patientin, die vor 17 Tagen 4 ccm des Präparats aus dem Monat Mai anstandslos vertragen hatte, reagirte gewaltig (mit heftigem Schüttelfrost) auf kaum 1 ccm des Präparats vom 11. Juni. Also ist Vorsicht am Platze! Von örtlichen Reactionserscheinungen wurden beobachtet: schmerzhafte Infiltrationen an der Injectionsstelle, die spontan verschwanden; in 2 Lupusfällen vorläufige Abheilung, in einem wesentliche Besserung. Keine sichtbare Veränderung bei den Affectionen des Pharynx und Larynx.

ZARNIKO.

185) **J. Herzfeld** (Berlin). **Das Tuberculinum R bei Larynxtuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1897.*

Verf. berichtet über 7 Fälle von Larynxtuberculose, bei denen er im Ganzen 145 Injectionen des Tuberculins angewandt hat. An den Einstichstellen hatte er niemals Abscesse, aber oft schmerzhafte Infiltrationen. Mehrmals beobachtete er trotz vorsichtigster Erhöhung der Dosen erhebliche Temperatursteigerungen einmal mit lebhaften Allgemeinstörungen (Schüttelfrost, Erbrechen). Mehrfach zeigte sich Albumen im Harn, ferner Schlaffheit, Müdigkeit, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. — Eine Besserung der Larynxphthise war nur in einem Fall zu bemerken; in zwei Fällen trat unter Fiebererscheinungen Verschlechterung ein. Die übrigen blieben unbeeinflusst. — Verf. glaubt, dass in allen Fällen die locale Behandlung besseren Erfolg gehabt hätte und empfiehlt, diese stets neben der Allbehandlung auszuüben.

ZARNIKO.

186) **Gerber** und **Prang** (Königsberg i. Pr.). **Erste Erfahrungen mit Neutuberculin.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1897.*

Die Verff. haben im Ganzen 10 Fälle von Tuberculose, darunter eine Tuberculose des Pharynx und 2 des Larynx mit dem neuen Präparat behandelt. In einem Falle trat deutliche Besserung der Kehlkopferkrankung ein und die Verff. hatten im Genzen den Eindruck, dass das Mittel bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen des Versuches werth sei.

ZARNIKO.

187) **J. M. C. Mouton** (Leiden). **Der Werth des Tuberculins als Diagnosticum. (De waarde van het tuberculinum als diagnosticum.)** Inaug.-Dissert. Leiden. 1897.

Gestützt auf sorgfältige eigne Wahrnehmungen und gründliche Literaturstudien kommt M. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Grasset-Vedel'sche Methode zur Feststellung interner Tuberculosis ist unzuverlässig und unsicher.
2. Die von Maragliano zu demselben Zwecke angegebene Methode ist unzuverlässig und gefährlich.
3. Das Tuberculin vermag ausgezeichnete Dienste zu leisten bei der Bekämpfung der Tuberculose der Rinder.
4. Auch die mit dem Tuberculin bei der Rindertuberculose gemachten Erfahrungen lehren, dass dieses Mittel ein gutes Diagnosticum für menschliche Tuberculose nicht bildet.

H. BURGER.

188) **Flatau. Ein Verfahren zur Resection tuberculös erkrankter Theile des Larynx durch die natürlichen Wege. (Sur un procédé de resection, par les voies naturelles, des parties du larynx atteintes de tuberculose.)** *Rev. intern. de rhinologie, otologie etc. No. 4. April 1897.*

Bei tuberculöser Infiltration der Epiglottis umschneidet Verf. die erkrankten Theile mit der Scheere, dem kalten oder galvanischen Messer; er fasst sie dann so tief als möglich mit der heissen Schlinge und trägt sie ab. F. zieht dieses Verfahren dem bisher üblichen Curettement vor.

E. J. MOURE.

189) **Z. Srebrny. Ueber den Werth der chirurgischen Behandlung der pharyngolaryngealen Tuberculose auf Grund der statistischen Angaben. (O wartosci leczenia chirurgicznego gruilicy krtani i gardzieli na zasadzie statystyki.)** *Gazeta lekarska. No. 34, 35, 36. 1897.*

Verf. hat alle bis Juli 1896 veröffentlichten, chirurgisch behandelten Fälle, sowie die über diese Methode ausgesprochenen Meinungen zusammengestellt. Von 88 citirten Autoren sprechen sich nach S. nur 8 über die Methode in negativem Sinne aus.

Verf. kommt auf Grund obiger Statistik zu folgenden Schlüssen: 1. Die chirurgische Behandlung der Larynx-Tuberculose hat eine wesentliche Bedeutung. 2. Dieselbe kann nicht allein das locale Leiden zur Heilung bringen, sondern dient auch als Unterstützungsmethode bei der allgemeinen Behandlung. 3. In schweren Fällen kann sie als symptomatische Behandlung wesentliche Dienste leisten.

D. SOKOLOWSKI.

190) **A. Ilisch. Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose. (K woprosy o chirurgitscheskom letschenii bugortschotgi gortani.)** *Jejenedelnik. No. 27. 1897.*

Mittheilung über die Methode der sogenannten Arytänoidectomie von Gougenheim in Paris. J. hält die Resultate, welche man mit dieser Behandlung erhielt für befriedigend und theilt im Anschlusse daran 5 Fälle aus Gouguenheim's Abtheilung im Hospital Lariboisière mit, bei denen die Arytenoidectomie von G. und dem Verf. mit gutem Erfolge ausgefürt wurde.

P. HELLAT.

191) **Simmonds. Ueber Formveränderungen der Luftröhre.** *Münchener medic. Wochenschr. No. 16. 1897. Deutsche med. Wochenschr. 1897. Vereinsbeilage No. 19.*

Da man mit Hilfe des üblichen Sectionsverfahrens keine geeignete Ueber-

sicht über die Form und Achsenrichtung der Trachea erhält, so hat S. in mehreren hundert Fällen vor dem Aufschneiden der Luftröhre Gipsabdrücke hergestellt. Es ergaben sich dabei Verbiegungen, Verengerungen und Erweiterungen. Aeusserst häufig ist die Scoliose mit der Convexität nach links in der unteren Hälfte der Trachea; mit ihr verbindet sich häufig eine Abplattung oder Furchenbildung auf der vorderen Wand unterhalb der Mitte, hervorgerufen durch den Druck der Art. anonyma. Ein zweiter Gefässeindruck dicht oberhalb der linken Bronchen ist durch die Aorta bedingt. Dieser wird sehr hochgradig bei Aneurysma aortae.

Sehr häufig sind Verengerungen durch Strumen und die durch Verknöcherung der Knorpel bedingten; die letzteren nehmen stets die Säbelscheidenform an und sind oft ebenso beträchtlich wie die ersteren und finden sich bei älteren Leuten, bei denen diffuse Ectasien viel seltener sind als Verengerungen. Diffuse Ectasie kommt in allen Altersstufen vor und ist unabhängig von pathologischen Veränderungen der Luftwege, circumscripte Ausbuchtungen der hintereren Wand sind jedoch häufiger bei alten Leuten mit dünner Trachealwand. SCHECH.

192) **Kokin. Ueber die secretorischen Nerven der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimdrüsen.** Aus dem physiol. Cabinet von Prof. Pawlow. — *Pflüger's Archiv. LXIII. 1896.*

K.'s Untersuchungen an Hunden und Katzen zeigten ihm, dass der N. laryng. sup. secretorische Fasern für die Kehlkopfschleimdrüsen, bei Hunden auch für den oberen und mittleren Abschnitt der Trachea enthält; an der Versorgung dieser Region ist freilich auch der Laryng. inf. oder Vagus betheiligt. Der Laryng. inf. enthält bei Katzen secretorische Fasern für die Schleimdrüsen der Trachea und des Kehlkopftheiles, bei Hunden weder sensible noch secretorische, wenigstens von der Stelle, an welcher der letzte communicirende Ast zum N. trachealis ergeht, bis zum Abgangspunkte des letzteren.

Reizung secretorischer Fasern einer Seite ruft eine Erhöhung der Drüsenthätigkeit der anderen Seite hervor.

Mit secretorischen Fasern gehen centripetale, die durch den Vagus einen Reiz dem Centrum überbringen, von dem die Schleimsecretion der Kehlkopf- und Trachealschleimdrüsen abhängt. Oertlicher thermischer, mechanischer oder elektrischer Reiz der Schleimhaut vermehrt die Schleimabsonderung. Pilocarpin und Cocain vermehren bei örtlicher Einwirkung die Schleimsecretion, Atropin verringert sie. A. ROSENBERG.

193) **J. Calvert. Wirkung von Arzneimitteln auf die Trachealschleimhaut.** *Journ. of Phys.* 1896. *XX. Wiener med. Blätter. No. 2.* 1897. *(Referat.)*

Alkalien innerlich genommen steigern die Secretion, das gleiche bewirkt Kälte auf das Abdomen applicirt, gegentheilig wirkt Wärme. CHIARI.

194) **v. Czyhlarz** (Frankfurt a. M.). **Ueber ein Pulsionsdivertikel der Trachea mit Bemerkungen über das Verhalten der elastischen Fasern an normalen Tracheen und Bronchien.** *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 18.* 1897.

Eine 51jährige Frau, die jahrelang an Husten gelitten hatte, kam zur Section. Ausser Bronchiectasien fand man in der Pars membranacea der Trachea,

dicht unter dem Kehlkopfe eine sackartige Ausbuchtung, deren rundliche Oeffnung in die Trachea einen Durchmesser von ca. 2 cm hatte, deren Tiefe ca. $1^1/_2$ cm betrug. Die Wand dieses Divertikels glatt, dünn und leicht durchscheinend; auch die übrige Pars membranacea dünn, schlaff und sehr verbreitert. In einer Verminderung der elastischen und der Muskelfasern sucht der Verf. die Ursache der Divertikelbildung.

SEIFERT.

195) **C. Closel. Eröffnung von Abscessen in die Trachea. (Ouverture des abscès dans la trachée.)** *Thèse de Paris.* 1897.

Die Perforationen der Luftröhre finden an 2 Stellen statt. 1. Am Halse bei Abscessen dieser Gegend und 2. im Mediastinum bei Erkrankung der Tracheobronchialdrüsen oder bei eitriger Mediastinitis. Die Perforationen liegen besonders rechts. Bei den Mediastinalabscessen kommt es zu einem Stickanfall; die Symptome der anderen Gruppe von Fällen können dunkel bleiben. Ausser den bronchopulmonären Symptomen ist der Austritt von Luft aus der Trachea und die vollkommene Reductibilität des dadurch entstandenen Tumors zu erwähnen. Die Prognose ist ernst; sie hängt ab von dem Kräftezustand des Kranken, von der Dauer der Krankheit und dem Eintreten oder Ausbleiben ernsterer Complicationen (Infection, Blutungen).

A. CARTAZ.

196) **Tannenhain** (Wien). **Demonstration eines Tracheapräparates** in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (18. Juni 1897). *Wiener klin. Wochenschrift. No. 26.* 1897.

Eie 40jährige Frau litt seit 12 Jahren an Beschwerden von Seite der Lungen. Kurz vor ihrem Tode hustete Pat. die eingenommene Nahrung aus. Die Trachea zeigte scharfrandige Geschwüre und unterhalb des Ringknorpels einen in den Oesophagus führenden Substanzverlust. Es handelte sich um einen syphilitischen Process.

CHIARI.

197) **E. Fronz** (Wien). **Beitrag zur Lehre von der Bronchialdrüsentuberculose.** *Wiener med. Presse. No. 14.* 1897.

Drei interessante Fälle bei Kindern im Alter von 14 Monaten, $2^1/_2$ und 8 Jahren.

CHIARI.

198) **Nachod** (Prag). **Bronchialstenose infolge von Durchbruch peribronchialer Lymphdrüsen in die Luftwege.** *Prager med. Wochenschr. No. 33.* 1897.

Mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Diphtherie wurde ein 6jähriger Knabe mit stridorösem Athmen und hochgradiger Cyanose zu N. gebracht. Ausser diffuser Bronchitis und Lungenblähung normale Verhältnisse. Larynx frei. Keine Temperaturerhöhung. Verdacht auf Fremdkörper oder Asthma nervosum. Am nächsten Tage deutete der Lungenbefund auf Verlegung des rechten Bronchus hin. Tracheotomie. Extraction eines krümligen Stückes aus diesem Bronchus und Aushusten von 2 wallnussgrossen Stücken durch die Wunde. Die histologische Untersuchung ergab vollständig verkäste Lymphdrüsen; Tuberkelbacillen jedoch konnten nicht nachgewiesen werden.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

199) **S. Holdberg. Die Bedeutung der Schilddrüse in der Wachsthumsperiode des Organismus. (Snatschenie schtschitowidnoi jelesi w periode rosta organisma.)** *Journal ruskawo obschtschestwa ohranenija narodnawo sdrawija. 1897. No. 3.*

Die Thatsache, dass der Mangel der Schilddrüse bei jugendlichen Individuen zu schweren Störungen im Haushalte des Organismus führt, bot H. Veranlassung experimentell die Frage zu prüfen. Er exstirpirte bei einer Reihe von Kaninchen die Schilddrüse, liess die Wunde zuheilen und beobachtete die Thiere zusammen mit nicht operirten. Bei vielen blieb das Wachsthum zurück, andere entwickelten sich ungestört. Nach 5 Monaten, bis zu welchem Termin viele von den Kaninchen und zwar namentlich die jüngeren, die Symptome des echten atrophischen Cretinismus zeigten, wurden sie alle getödtet.

Das Gewicht der operirten war kleiner, als das der nicht operirten, die Hypophysis aber grösser. Die Milz der operirten und nicht erkrankten Thiere war grösser, die des Cretins aber kleiner als diejenige der nicht operirten. Aehnlich verhielt sich die Thymusdrüse. — Das Gehirn aller erkrankten Thiere war in der Entwickelung zurückgeblieben, die Hirnrinde atrophisch.

Aus den erhaltenen Resultaten schliesst H., dass der Cretinismus durch den Ausfall der Schilddrüsenfunction in der Wachsthumsperiode entsteht und dass die Milz resp. die Thymusdrüse unter gewissen Umständen im Stande ist die Schilddrüse zu ersetzen.

T. HELLAT.

200) **Cyon. Physiologische Beziehungen zwischen den Herznerven und der Schilddrüse.** *Centralblatt f. Physiologie. No. 8 u. 11. 1897.*

Unter Anderem führt Verf. als Ergebnisse seiner Versuche an:

a) Dass die vom Larynx superior herstammende Wurzel des N. depressor hauptsächlich zur Verbindung des Herzens mit der Schilddrüse dient und so das Herz direct das Functioniren dieser Drüse beeinflusst.

b) Dass das Baumann'sche Jodothyrin in hohem Grade die Nerven des Herzens und der Gefässe, insbesondere aber den N. depressor beeinflusst.

Verf. weist darauf hin, wie wichtig diese Thatsachen zur Erklärung der Basedow'schen Krankheit sind.

Weiter giebt C. an, dass der von der Schilddrüse gebildete Stoff — das Jodothyrin — auch zur Verstärkung ihrer eigenen Thätigkeit dient und dass die erregenden Wirkungen des Jodothyrins auf die Depressoren und Vagi nicht vom Jod herrühren.

CHIARI.

201) **Blumreich** und **Jacoby. Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Schilddrüse und ihrer Nebendrüsen für den Organismus.** *Pflüger's Archiv. LXIV. 1896.*

Dieselben ergeben, dass den Nebendrüsen des Kaninchens im Gegensatz zu den anderen Autoren eine direkte physiologische Beziehung zur Schilddrüse abzu-

sprechen ist: sie können nicht für die Schilddrüse vicariirend eintreten. Nur die Abtragung der Schilddrüse selbst ist bei der Thyreoidectomie ausschlaggebend.

A. ROSENBERG.

202) **A. Schiff** (Wien). **Hypophysis und Thyreoidea in ihrer Einwirkung auf den menschlichen Stoffwechsel.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1897.*

Schiff kommt nach eingehenden Versuchen zu folgenden Resultaten:

1. Die Hypophysis cerebri enthält eine auf den Stoffwechsel sehr energisch einwirkende Substanz.
2. Auch der Thyreoidea kommt ein ähnlicher steigernder Einfluss auf die P_2O_5-Ausscheidung zu.
3. Eine Aequivalenz zwischen Jodothyrin einerseits und Schilddrüsensubstanz andererseits besteht gewiss nicht.
4. Die verschiedenen Jodothyrinpräparate sind unter einander von verschiedener Valenz trotz gleicher Provenienz.

Die Schilddrüsentabletten in der Praxis durch Jodothyrinpräparate zu ersetzen, hält Verf. für nicht berechtigt.

CHIARI.

203) **de Coulon** (Bern). **Ueber Thyreoidea und Hypophysis der Cretinen, sowie über Thyreoidalreste bei Struma nodosa.** Berner Dissertat. 1897.

Fleissige mikroskopisch pathologisch-anatomische Arbeit. Schilddrüsen und Hypophysen von 5 Cretinen.

Die Schilddrüsen boten durchaus den Charakter der Atrophie dar; wobei 2 nur 8g andere bis zu 59g wogen. Vollständiger Schwund des epithelialen Gewebes. Auch die nicht völlig atrophischen Partien lassen sich als schwach oder gar nicht functionirend erkennen, was sich auch der Beschaffenheit des Epithels und des Inhalts der Alveolen, sowie aus dem Fehlen des Colloids in Lymphgefässen ergiebt. Ganz normale Partien, Läppchen mit mehr oder weniger grossen hohlen Drüsenbläschen, welche ganz oder fast ganz von glänzendem Colloid ausgefüllt sind, fehlen vollständig. Leukocyteninfiltrationen finden sich oft zahlreich vor. Das Bindegewebe wiegt natürlich stark vor.

Bei der Struma nodosa zeigen sich die gleichen Veränderungen, nur sind die Quantitäten viel grössere.

Die Cretinenatrophie der Thyreoidea hat mit der gewöhnlichen senilen Atrophie derselben nichts gemein. Letztere tritt erst im höheren Alter ein.

Die Hypophysen liessen wegen der Gewichtsgrösse (1,0—1,5 g) einzelner an compensatorische Hypertrophie denken, zeigten jedoch mikroskopisch auch Atrophie.

JONQUIÈRE.

204) **G. T. Dunn. Kropf. (Goitre.)** *Northwestern Lancet. 15. Februar 1897.*

Verf. hat 7 Patienten mit andauerndem Erfolge operirt. Alle wurden vollständig gesund; keiner lag länger als 1 Woche zu Bett. Die Blutung bei Entfernung der Drüse war in 5 Fällen erstaunlich gering.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

205) **Ferrier. Betrachtungen über die Aetiologie des epidemischen Kropfes. (Considérations sur l'étiologie du goitre épidémique.)** *Revue de Médecine. 10. Februar 1897.*

Bericht über eine acute Kropfepidemie in einem Regiment der Garnison

Romans. Zur Erklärung dieser Epidemie kann weder die Contagion noch locale Infection herangezogen werden, da die Civilbevölkerung des Ortes verschont blieb. Da die Epidemie zur Zeit der Manövermärsche ausbrach, nimmt Verf. als möglich an, dass die Ansteckung während der Passage der Truppen durch einen der im Drôme-Departement so zahlreichen Kropfheerde erfolgte. PAUL RAUGÉ.

206) **Seldowitsch** (Petersburg). **Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae; Entstehung eines Myxoedems nach Entfernung desselben.** *Centralblatt f. Chirurgie. 17. 1897.*

Bei einem 14jährigen Mädchen wurde ein kirschkerngrosser, Schlingbeschwerden verursachender Nebenkropf an der Zungenwurzel entfernt. 7 Monate nach der normal verlaufenen Operation Myxödem, Heilung durch Thyreoidin.

SEIFERT.

207) **Erlangen** (Wiesbaden). **Struma colloides sarcomatosa.** Dissert. Würzburg. 1896.

Beschreibung eines Falles von Struma colloides sarcomatosa, bei welchem um die Blutgefässe der Lunge herum, als dem örtlichen Mittelpunkt, sich multiple Metastasen entwickelt hatten. SEIFERT.

208) **Serapin. Ueber die Behandlung chirurgischer Formen von Struma mit Schilddrüsenpräparaten. (O letschenii chirurgitscheskich form soba praeparatami schtschitowidnoi jelesi.)** *Letopis ruskoi chirurgii kniga perwaja. 1897.*

Angewandt wurden: Thyreoidinum siccatum Poehli, Thyreoidinum Baumanni und rohe Schilddrüsensubstanz von Kälbern.

Die besten Resultate erzielte man bei parenchymatösen und jugendlichen Formen; im Allgemeinen ist nur in 7 pCt. ein bleibender Erfolg zu constatiren. Als wirksamstes Präparat erwies sich das Thyreoidin. Baumanni, das am wenigsten wirksame ist die rohe Schilddrüsensubstanz. Aber alle Schilddrüsenpräparate sind den Jodpräparaten vorzuziehen. P. HELLAT.

209) **J. Troitzki** (Kasan). **Ein Fall von erysipelatöser Strumitis bei Basedow'scher Krankheit, welche mit vollständiger Genesung endigt. (Slutschai rogistawo strumita pri basedowoi bolesni okontschiwschi polnim wisdorowleniem.)** *Ejenedelnik. No. 6. 1897.*

Die Eiterung trat im Anschluss an ein Erysipel ein. P. HELLAT.

210) **W. Sutcliffe. Basedow'sche Krankheit beim Mann. (Exophthalmic goitre in a man.)** *Brit. Med. Journal. 27. März 1897.*

25jähriger Mann mit Thymus-Tabloids behandelt. Pat., der bis 5 Tabloids (0,3 g) täglich nahm, war nach 7 Monaten geheilt. ADOLPH BRONNER.

211) **Hector Mackenzie** und **Walter Edmunds. Persistenz der Thymusdrüse bei der Basedow'schen Krankheit. (Persistence of thymus in Graves' disease.)** *British Medical Journal. 6. Februar 1897.*

In diesem am 2. Februar vor der Pathological Society of London gehaltenen Vortrage besprechen die Autoren die Persistenz der Thymusdrüse bei der Base-

dow'schen Krankheit. Es sei wohl bekannt, dass die Thymusdrüse häufig bei diesem Leiden persistent gefunden werde, doch sei noch mehr Erfahrung erforderlich, ehe man sagen könne, dass dies ein constantes Vorkommen bei der genannten Krankheit sei. Andererseits sei diese Persistenz zu häufig, um rein zufällig zu sein. Die Autoren stellten die Theorie auf, dass als Resultat der Krankheit die normale Atrophie der Thymus aufgehalten, ohne selbst dass das übrig gebliebene Thymusgewebe hypertrophisch geworden sei. Dr. Mackenzie hatte eine Serie von 20 Fällen Basedow'scher Krankheit mit Thymusdrüsen behandelt, konnte aber nicht bestätigen, dass dieselbe irgend einen specifischen Einfluss auf dieses Leiden ausübe. Die beiden in dem Vortrage behandelten und tödtlich verlaufenen Fälle waren mit Thymusdrüsen ohne Nutzen behandelt worden. Die Autoren beschrieben diese Fälle genau und gaben die Resultate der Obduction und der mikroskopischen Untersuchung der Schilddrüse und der Thymusdrüse, welche im Original nachgelesen werden müssen.

Dr. Rose Bradford erwähnte in der Discussion, dass er vier Fälle von Basedow'scher Krankheit gesehen habe, in denen die Thymus bei der Obduction abnorm gross gefunden worden war. Er gab Details dieser Fälle, erinnerte aber weiter daran, dass eine ähnliche Vergrösserung der Thymus beim Lymphadenom, bei der Leukocytämie und bei der Addison'schen Krankheit gefunden werde. Dr. Bertram Abrahams bemerkte, dass die Resultate von Dr. Mackenzie's Versuchen hinsichtlich der Erfolglosigkeit der Thymusbehandlung beim Basedow sowohl mit denen deutscher Beobachter wie mit seinen eigenen übereinstimmen. Seine weiteren Bemerkungen bezogen sich auf theoretische Fragen.

SEMON.

212) **Wette** (Weimar). **Die Basedow'sche Krankheit in chirurgischer Beleuchtung nebst einigen Bemerkungen über Kropfbehandlung.** *Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. XXVI. 6. 1897.*

Nach der Anschauung von Witte besteht die wirksamste Behandlung des Morb. Basedowii in der partiellen Entfernung der Strumen. Die Behandlung der Struma mit Thierschilddrüsen darf nur mit Vorsicht gehandhabt werden.

SEIFERT.

213) **M. Jaboulay** (Lyon). **Die Durchschneidung des Halssympathicus bei Kropf und bei Basedow'scher Krankheit. (La section du sympathique cervical dans les goitres et la maladie de Basedow.)** *Lyon médical. 7. Februar* 1897.

Nach der Durchschneidung des Sympathicus tritt das Auge wieder in die Orbita zurück, die Pupillen verengen sich, die Schilddrüse nimmt an Volumen ab und der Herzschlag wird langsamer. Die Operation ist danach der rationelle Eingriff bei der Basedow'schen Krankheit, bei der der Sympathicus in einem Zustande permanenter Reizung sich befindet. Verf. berichtet über drei neue Fälle, in denen Heilung oder Besserung durch die Operation erzielt wurde; er kommt er dem Schluss, dass „die Durchschneidung des Halssympathicus in der Therapie des Morb. Basedow. vor allen anderen Methoden den Vorzug verdient". Die Operation an sich ist leicht und den stets bedenklichen Thyroidectomien vorzuziehen.

PAUL RAUGÉ.

214) **Jonnesco. Resection des Halssympathicus zur Behandlung von Basedowscher Krankheit und Epilepsie. (Resection of the cervical sympathetic in the treatment of exephthalmic goitre and of epilepsy.)** *N. Y. Medical Record. 20. Februar* 1897.

Gestützt auf die Erfolge, welche die partielle Resection und die Durchtrennung des Halssympathicus bei Behandlung der Basedow'schen Krankheit und der Epilepsie gebracht hat, und wegen der Häufigkeit der Läsionen dieses Theils des Nervensystems bei den genannten Krankheiten hat Verf. auch die vollständige und beiderseitige Resection vorgenommen. LEFFERTS.

215) **Zaroubine. Schilddrüsenpräparate. (Thyroid preparations.)** *N. Y. Med. Record. 27. Februar* 1897.

Bei Hautaffectionen hält Z. die Schilddrüsenpräparate für werthlos. Anämie und Herzstörungen bilden Contraindicationen gegen ihren Gebrauch.

LEFFERTS.

216) **F. Lanz** (Graz). **Zur Anwendung des Jodothyrins in der Kinderpraxis.** *Therap. Wochenschr. No. 11.* 1897.

L. fand im Jodothyrin ein Mittel, welches bei parenchymatösen Strumen in sehr kurzer Zeit und in den meisten Fällen wirkt und nur ausnahmsweise Beschwerden verursacht. Verf. möchte die Aufmerksamkeit der Kliniker auf die Möglichkeit einer Beeinflussung scrophulöser Lymphdrüsentumoren durch Jodothyrin hinlenken. CHIARI.

217) **J. B. Herrick. Schilddrüsentherapie. (Thyroid therapy.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar* 1897.

1. Die Schilddrüse wirkt heilend bei Myxödem (idiopathischem, cretinistischem, operativem). 2. Viele Fälle von Fettsucht werden damit geheilt. 3. Einfache hyperplastische Strumen, besonders bei jungen Leuten, werden oft geheilt oder gebessert. 4. In diesen Fällen muss das Heilmittel unbegrenzt lange fortgesetzt werden zur Verhütung von Rückfällen. 5. Die Schilddrüsentherapie kann in manchen Fällen von Tetanie von Werth sein. 6. Zweifelhaft ist ihr Nutzen bei Hautkrankheiten, ebenso bei Geistes- und Nervenkrankheiten. 7. Sie ist contraindicirt bei Basedow'scher Krankheit. 8. Der Erfolg ist derselbe, ob man die Drüse frisch oder getrocknet oder im Extract giebt. Dies kann auch von Baumann's Jodothyrin gelten. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

218) **C. L. Legrand. Blind endigende Speiseröhren. (Des imperforations de l'oesophage.)** *Thèse de Paris.* 1897.

L. stellt 63 Fälle, darunter 3 neue, von blind endigendem Oesophagus zusammen. Er theilt die Missbildungen der Speiseröhre in 6 Categorien. 1. Fehlen des Oesophagus. 2. Blind endigender Oesophagus in 2 Stücken mit oder ohne

Communication mit der Trachea; oder Verschluss des Oesophagus durch ein Diaphragma. 3. Verengerungen. 4. Tracheo-Oesophagealspalten. 5. Ectasien und Divertikel. 6. Verdoppelung.

Unter den 63 Fällen bestanden 23mal noch andere Missbildungen, 15mal keine solchen; in 25 Fällen fehlen diesbezügliche Angaben. L. bespricht die verschiedenen Missbildungen, ihre Symptomatologie und Diagnostik. Er kommt zu dem Schluss, dass der einzig mögliche Eingriff, der freilich auch nur wenig Chancen auf Erfolg hat, die Gastrotomie ist. Von den 41 Fällen, die überhaupt lebend zur Welt kamen, erfolgte der Tod bei 36 vor dem 8. Lebenstage.

A. CARTAZ.

219) **Kessick Bowes. Angeborener Verschluss des Oesophagus mit anderen Missbildungen. (Congenital obliteration of oesophagus with other malformations.)** *Brit. Med. Journal. 6. März* 1897.

Weibliches Kind, zur Zeit geboren; zweites Wochenbett der Mutter. Ausser anderen Missbildungen (Fehlen beider Daumen u. a.) zeigte sich, dass alle Nahrung durch die Nase zurückfloss. Tod nach 13 Tagen. Es ergab sich, dass der Oesophagus blindsackförmig $^3/_4$ Zoll unter dem Larynx endigte. Der untere Theil der Speiseröhre öffnete sich in die Trachea nahe der Bifurcation. Das Septum zwischen den Herzventrikeln war nicht ganz geschlossen.

ADOLPH BRONNER.

220) **Rumpel. Die klinische Diagnose der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15 u. 16.* 1897.

Während die Diagnose der spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung bis jetzs ganz unmöglich war, glaubt R. die Einführung zweier Sonden — einer Haupt und einer Nebensonde — in Magen und Speiseröhre und die Ausspülung des zurückgeheberten Inhalts als diagnostische Mittel zur Erkennung der Oesophagus-Krankheiten vorschlagen zu sollen, was durch mehrere Abbildungen und Actinogramme erläutert wird.

SCHECH.

221) **Jaffé. Ueber idiopathische Oesophaguserweiterungen.** *Münchener medic. Wochenschr. No. 15.* 1897.

Mittheilung eines zur Section gekommenen Falles mit Bemerkungen über Aetiologie und Therapie dieser Zustände. J. meint, eine radicale Operation sei unthunlich; er schlägt die Anlegung einer Magenfistel und von da aus die retrograde Sondirung der Cardia vor.

SCHECH.

222) **S. West** und **F. W. Andrewes** (London). **Ruptur eines gesunden Oesophagus durch Erbrechen. (Healthy oesophagus ruptured by vomiting.)** *Brit. Med. Journal. 10. April* 1897.

Die Autoren berichteten am 6. April 1897 der Pathological Society of London den Fall eines 55jährigen Mannes, der mit Erbrechen, Schmerzen im Leibe und Collaps ins Hospital aufgenommen worden war. Der Schmerz war ganz plötzlich nach Erbrechen aufgetreten. Man dachte an Ruptur des Zwerchfells, an Aneurysma der Aorta, an Pneumothorax, ohne aber zu einer bestimmten Diagnose zu gelangen. Der Patient starb, und bei der Autopsie fand sich eine Ansammlung

von trüber Flüssigkeit an der Basis der linken Lunge und ein viertel Liter einer gleichen Flüssigkeit im Pleuraraum. Eine dunkle schmutzige Masse infiltrirte das hintere Mediastinum. In dem unteren Ende des Oesophagus fand sich an der linken Seite, $2^1/_2$ cm von der Cardia entfernt, ein $2^1/_2$ cm langer longitudinaler Riss. Gelatineartige Veränderung der Oesophaguswandung an dieser Stelle, welche auf postmortale Veränderung hätte schliessen lassen, war nicht vorhanden, so dass der Riss als während des Lebens selbst erfolgt betrachtet werden musste.

SEMON.

223) **L. Schooler. Ein Fall von Strictur des Oesophagus; mit Sectionsbericht. (A case of stricture of the oesophagus with autopsy.)** *American Journal of Surg. and Gynecology. April* 1897.

Der Oesophagus war abnorm gelagert. Der Patient, der 32 Jahre alt wurde, hatte seit seinem 1. Lebensjahre Schwierigkeiten beim Schlucken.

FROTHINGHAM (LEFFERS).

224) **Ino A. Wyeth Zwei letal endigende Fälle von Verschlucken eines Hühnerknochens. (Two cases which proved fatal from swallowing fragments of chicken bone.)** *N. Y. Polyclinic. 15. März* 1897.

In Fall 1 ging der Knochen herunter und der Patient starb durch Darmverschluss und septische Peritonitis. Im zweiten Fall keilte sich der Knochen im Oesophagus gerade über der Cardia fest und perforirte die Speiseröhre; die in das Mediastinum eindringende Luft erzeugte Emphysem und Sepsis.

PROTHINGHAM (LEFFERTS).

225) **Charles S. Ryan** (Melbourne Victoria). **Bericht über vier interessante chirurgische Fälle. (Notes on four interesting surgical cases.)** *Intercolon. Med. Journal of Australia. 20. März* 1897.

Fall 1 betrifft eine geisteskranke Frau, die 4 Tage lang über Schwierigkeit beim Schlucken klagte. Mit der Sonde constatirte man ein Hinderniss, 13 Zoll hinter den Schneidezähnen; dasselbe lag augenscheinlich hinter dem Sternum. Unter Chloroform wurde eine lange Incision am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus gemacht, die Halsfascie gespalten und der Zeigefinger an dem Oesophagus entlang ins vordere Mediastinum geführt. Derselbe fühlte dort einen harten Körper. Der Oesophagus wurde nun mit einem unter Führung des Fingers eingeführten langen Messer von aussen eröffnet. Das Messer stiess auf einen Stein, der unter grossen Mühen entfernt wurde. Sofort nach Entfernung des Steins erbrach die Patientin, wobei eine grünliche Flüssigkeit in das Mediastinum drang. Die Höhle wurde mit Schwämmen und durch Spülen gereinigt und mit Jodoform tamponirt. Die Patientin, die 8 Tage per rectum ernährt wurde, genas.

Auch Fall 2 ereignete sich bei einem Irren. Der Fremdkörper, der hier in der Höhe des Ringknorpels eingekeilt lag, wurde nach Schlitzung des Oesophagus leicht entfernt. Der Kranke starb an den Folgen eines zweiten Fremdkörpers, der an der Ileocoecalklappe festsass.

A. J. BRADY.

226) **Ausset. Verschluckte Larynx-Tube. (Tube laryngé avalé.)** *Société centrale de Médecine du Nord. 26. März* 1897.

A. legt eine Intubationsröhre vor, die ein kleiner Patient mit Croup während

eines Hustenanfalls verschluckte. Eine radiographische Aufnahme zeigt die Lage der Tube im Colon ascendens.

PAUL RAUGÉ.

227) **Lockwood** (London). **Symonds' Oesophagusrohr; Verschlucken des Sicherheitsfadens. (Symonds' oesophageal tube, safety string swallowed.)** *British Medical Journal. 3. April* 1897.

Bericht über den Fall eines 65jährigen Mannes vor der Clinical Society of London am 26. März 1897, dem eine Symonds'sche Dauerröhre wegen Oesophaguskrebs eingeführt war, und der den Sicherheitsfaden verschluckt hatte. Alle Versuche, das Rohr zu extrahiren, schlugen fehl. Da nur kleine Flüssigkeitsmengen genossen werden konnten und der Patient schnell abmagerte und verfiel, so wurde die Frage der Oesophagotomie oder der Gastrostomie aufgeworfen. Letztere wurde gewählt, weil es unsicher war, ob das Rohr sich noch im Oesophagus befände, und auch, ob die Strictur noch ohne Gefahr zu passiren sei. Die Gastrostomie brachte bedeutende Erleichterung. Drei Wochen später erfolgte der Tod an Bronchopneumonie, nachdem die Geschwulst in die Trachea durchgebrochen war. Bei der Obduction wurde das Rohr im Magen gefunden, wohin es jedoch wahrscheinlich nur wenige Tage vor dem Tode gelangt war.

In der Discussion meinte Mr. Clutton, dass obwohl die Intubation bedeutende Erleichterung brächte, die Gastrostomie in jüngster Zeit so gefahrlos geworden sei, dass er persönlich letztere Operation vorzöge. — Mr. Makins erwähnte eines Falles, in welchem ein Patient ein Symonds'sches Rohr monatelang getragen hatte, und in dem dann der Sicherheitsfaden riss; da er das Rohr nicht extrahiren konnte, so führte er ein anderes ein und stiess das erste in den Magen. Diese Vornahme schien nicht sehr gefährlich zu sein. — Mr. Lockwood erwiderte, dass ein derartiges Vorgehen in seinem Falle unmöglich gewesen sei. Seiner Ansicht nach sei die Intubation in vieler Beziehung der Gastrostomie vorzuziehen, und dieselbe sollte stets in erster Stelle versucht werden.

SEMON.

228) **Tom T. Bull** und **John B. Walker. Ein günstig verlaufener Fall von Oesophagotomia externa wegen einer 22 Monate im Oesophagus eingekeilten Zahnplatte; nebst einer Zusammenstellung von 167 bis zum Januar 1897 publicirten Operationen. (A successful case of external oesophagotomy for tooth plate twenty-two months impacted in the oesophagus, with summary of one hundred and sixty-seven operations recorded up to January 1897.)** *N. Y. Medical Record. 6. März* 1897.

Eine interessante Krankengeschichte mit einer tabellarischen Zusammenstellung von 167 Fällen von Fremdkörpern im Oesophagus und werthvollen bibliographischen Nachweisen.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) James B. Ball, M. D. (London). **Handbuch der Nasen- und Rachenkrankheiten. (A handbook of diseases of the nose pharynx.)** Ballière, Kindall u. Cox. 1897. 3. Auflage. 404 Seiten. Mit 54 Abbildungen.

Die Thatsache, dass eine dritte Auflage dieses Werkes in dem kurzen Zeitraum von 3 Jahren erforderlich geworden, spricht genügend für die Aufnahme, die dasselbe gefunden hat, und rechtfertigt die günstige Meinung, die wir bei Besprechung der zweiten Auflage in diesem Blatte (XI. p. 806) zum Ausdruck brachten. Der Verf. hat die Gelegenheit der Neuauflage benutzt, um das Buch wieder völlig auf die Höhe des Tages zu bringen. Dabei hat er alles Neue so zusammengedrängt, dass der Band nur um 40 Seiten stärker geworden ist. Die grösste Bereicherung hat der Abschnitt über die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen erfahren, eines Körpertheils, der bis vor Kurzem stark vernachlässigt war. Dieses Capitel giebt eine vortreffliche Zusammenstellung der Symptomatologie der Nasennebenhöhlenaffectionen und ihrer Behandlung.

Ueber das Diphtherieserum, das Verf. natürlich eingehend behandelt, wird eine günstige Meinung ausgesprochen. Wir glauben aber, dass die von Ball empfohlene Dosis (600—1000 J.-E. für leichte und 1500—3000 für schwere Fälle) zu klein ist; wir beginnen constant mit 3—4000, auch in leichten Fällen.

Die praktischen Aerzte und älteren Studirenden finden in dem vorliegenden Werke einen klaren und gedrängten Führer durch das Gebiet der Nasen- und Rachenkrankheiten; wir können dasselbe nur warm empfehlen.

F. de Havilland Hall.

---

b) L. Jankau. Vademecum und Taschenkalender für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halsärzte. **1897.** Eduard Heinrich Mayer. Leipzig 1897.

Der gute Gedanke, einen Taschenkalender für Specialärzte unseres Faches herauszugeben, ist von dem Verfasser in geschickter Weise verwirklicht worden. Auf geringem Raum giebt er eine Fülle nützlicher Informationen. Aus dem reichen Inhalt seien die „Rechte und Pflichten des Civilarztes", die „neue Gebührenordnung und die besonderen Gebühren für den Specialarzt", die „anatomischen und physiologischen Daten" aus unserem Specialgebiete[1]), die „pharmakologischen und toxikologischen Notizen", die „Uebersicht über die gebräuchlichsten Arzneimittel bei Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten"[2]), die „neuesten Forschritte in

1) Hier dürften wohl Angaben über die Glottisweite bei ruhiger Athmung und bei der Cadaverstellung der Stimmbänder einzuschalten sein.

2) Hier fehlt Acid. benzoicum, Acid. lacticum, Eucain, Morphium, Guajacum (ich meine nicht Guajacol), Ratanha und manche andere. recht gebräuchliche Mittel.

der Therapie dieser Krankheiten", die „Schilddrüsentherapie", die „wichtigsten Bade- und Curorte Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz"[1]) besonders erwähnt. Der Abschnitt über die „diagnostische Bedeutung" der Störungen im Gebiete des Ohres, der Nase und des Halses dürfte, besonders was die Kehlkopflähmungen anbetrifft, bedeutender Verbesserung zugängig sein: die gegenwärtig gegebenen diagnostischen Anhaltspunkte sind so unvollständig und ungenau geschildert, dass ihr praktischer Werth meines Erachtens ein geringer ist. Sehr dankenswerth ist andererseits das „Verzeichniss klinischer Institute Deutschlands, wie der Docenten von Dänemark, Frankreich, Holland, Italien, Norwegen, Oesterreich-Ungarn, Russland und der Schweiz", sowie das „Verzeichniss der Specialärzte Deutschlands". Ich möchte die dringende Hoffnung aussprechen, dass der Verfasser namentlich in diesen Abschnitten nicht müde werden möchte, in weiteren Jahrgängen seines verdienstvollen Unternehmens nach weiterer Vervollkommnung zu streben. Hierher rechne ich 1. dass in späteren Jahrgängen die Specialärzte aller Culturländer mit Angabe ihres Wohnsitzes (womöglich auch ihrer näheren Adresse) namhaft gemacht werden und über Zu- und Abgang (Nekrologe!) genau Buch geführt wird, 2. dass auch die Specialkliniken Grossbritanniens und der Vereinigten Staaten in weiteren Jahrgängen eine Stelle finden mögen, 3. dass der Verfasser tabellarische Uebersichten der einzelnen Specialkliniken resp. -Polikliniken der Weltstädte (London, Paris, Wien, Berlin, New-York) mit Angabe a) ihrer Dirigenten, b) ihrer Locals, c) der Stunden, zu welcher die Klinik abgehalten wird, d) der Monate, in welchen diese Kliniken geschlossen sind (resp. keine öffentliche Klinik abgehalten wird) seinem Werke hinzufügen möge. Namentlich durch Erfüllung des letztgenannten Wunsches würde die praktische Brauchbarkeit seines Unternehmens, dem ich allen Erfolg wünsche, bedeutend erhöht und dem Werke selbst, wie ich glaube, grössere Verbreitung gesichert werden. In dieselbe Kategorie würde die Namhaftmachung der „Feriencurse" mit Angabe der nothwendigsten Details gehören. — Ich theile vollständig die Ansicht des Verfassers, dass der Specialist ein solches Vademecum recht gut gebrauchen kann.

Felix Semon.

---

c) C. Rosenthal. **Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums.** Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1897. A. Hirschwald.

Von dem im Jahre 1892 erschienenen Buche Rosenthal's ist nach verhältnissmässig kurzer Zeit eine zweite Auflage erforderlich geworden. Wir sehen darin mit Genugthuung eine Bestätigung des günstigen Urtheils, das wir damals in diesem Blatte (Bd. X. S. 269) über das Werk fällten. Die neue Auflage bringt im Einzelnen mannigfache Verbesserungen und Zusätze; die Literatur der letzten

1) Es wäre wünschenswerth, dass in diesem Abschnitt auch der französischen und englischen einschlägigen Kurorte Erwähnung geschähe.

Jahre ist in erfreulicher Weise verwerthet und das Buch in jeder Weise auf der Höhe erhalten worden. Im Grossen und Ganzen aber, in der vorzüglichen Eintheilung und in der Ausführung des Stoffes, ist das Buch das Alte geblieben. Wir können uns deshalb der Kritik enthalten und auf unsere frühere Besprechung verweisen. Angenehm berührt, dass R. dem ihm von verschiedenen Seiten gegebenen Rathe folgend, die Literaturangaben, die in der ersten Auflage einen unverhältnissmässig grossen Raum einnahmen. fortgelassen hat, das Buch ist dadurch, trotz der neuen Zusätze um 50 Seiten kürzer geworden. Wir hoffen, in Bälde auch den zweiten Band in Neuauflage zu sehen. F. Klemperer (Strassburg i. E.)

---

d) Wiener Laryngologische Gesellschaft.

Nachtrag zum Bericht über die Sitzung vom 7. Juni 1895.

Chiari bemerkt zur Demonstration Panzer's, dass zwei ähnliche Nasenscheeren von ihm herrühren, die er auch zur Abtragung der Nasenmuscheln benützt. Auch Hartmann hat auf der 66. Naturforscher-Versammlung eine ähnliche Scheere demonstrirt. Zum Vortrage Roth's macht Chiari die Bemerkung, dass es sich in dem geschilderten Falle wahrscheinlich nicht um einen Abscess in der Substanz der Rachenmandel, sondern um eine Eiterung in dem Bindegewebe über und hinter der Rachenmandel gehandelt habe. In der Rachenmandel selbst könne es wohl zu kleinen, schnell durchbrechenden Abscessen kommen, nicht aber zu langsam entstehenden, umfangreichen Eiterungen. Es dürfte also in dem Falle Roth's ein hochliegender Retropharyngeal-Abscess vorhanden gewesen sein, welcher die Rachenmandel nach abwärts drängte.

Chiari hat vor Kurzem einen Fall von öfters wiederkehrender, aber kurzdauernder Eiterung im Nasenrachenraum beobachtet, deren Sitz nur in dio Rachentonsille verlegt werden konnte. Bei der 50jährigen Patientin traten nämlich mehrmals hintereinander nach je 4 Wochen nach starker Erkältung heftige Schmerzen im Rachen auf mit starkem Fieber. Nach 12 Stunden entleerten sich einige eitrige Klumpen aus dem Rachen hinter der Nase, wie das die Patientin ganz bestimmt fühlte. Hierauf schwanden alle Erscheinungen. Bei der einige Zeit nach der letzten solchen Entzündung vorgenommenen Untersuchung zeigte sich die Luschka'sche Drüse hypertrophirt und von zahlreichen Löchern und Hohlräumen durchsetzt. Es wurde die Rachenmandel im Ganzen abgetragen, und fanden sich in ihr mehrere bis erbsengrosse Hohlräume, die jedoch keinen Eiter mehr enthielten. Wirklich hatte auch die Operation den Erfolg, dass die Anfälle nicht mehr wiederkehrten.

Sitzung vom 7. November 1895.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Schnabl.

Weil demonstrirt einen 20jährigen Mann mit Tumor des Nasenrachenraums. Die Untersuchung am 2. September zeigte einen grossen adenoiden Tumor, der

die linke Choane fast ganz, von der rechten die obere Hälfte bedeckte. Dieser Tumor wurde mit dem Gottstein-Gräber'schen Ringmesser entfernt. Kurze Zeit darauf fand sich die linke Choane noch durch Geschwulstzapfen fast völlig verlegt, die rechte frei. Die jetzt unter starker Blutung entfernten Wucherungen des Nasenrachenraumes wuchsen nach wenigen Tagen wieder nach, so dass nach wiederholten Operationen im November dieses Jahres sich ein wallnussgrosser, glatter, derbelastischer Tumor vorfand, der mit dem Septum links fest verwachsen war. Die histologische Untersuchung der letztentfernten Tumoren zeigte ein Fibrosarkom des Nasenrachenraumes. Weil will den Patienten weiterhin mit Elektrolyse behandeln.

Dr. Koschier sah schon im Sommer 1894 denselben Patienten mit einem grossen Tumor im Nasenrachenraum, welcher das Aussehen eines Fibroms hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab damals ein Myxofibrom. Koschier wäre mehr für eine radicale Operation, wenn aber der Tumor ein Rundzellensarkom wäre, wogegen die ziemlich mangelhaften Präparate von Weil nicht sprechen, so könnte man überhaupt von keiner Operation einen Erfolg erwarten.

G. Scheff erwähnte auch eines Falles von Tumor im Cavum pharyngonasale, welchen er für ein Fibrom hält. Er versuchte denselben nach Spaltung der Nase von vorne zu entfernen, konnte aber die Operation nicht vollenden, weil der Tumor in die linke Orbita und bis an die Schädelbasis reichte. Der Patient starb später an Eiterung des in die Schädelhöhle vorgedrungenen Tumors. Als Ausgangspunkt wurde die Keilbeinhöhle eruirt.

Réthi meint, dass man in dem Weil'schen Falle vielleicht auf eine spontane Rückbildung warten könne, weil der Patient noch sehr jung sei und keine gefahrdrohende Erscheinung vorliege. Von Fibromen des Nasenrachenraumes sei ja dies bekannt.

Chiari meint, dass das wohl bei Fibromen vorkomme, aber dass der Fall Weil's eher einem Sarkom gleiche, von dem eine spontane Rückbildung nicht zu erwarten sei.

Weil will doch die Elektrolyse vornehmen, weil man dem Patienten dadurch eine Erleichterung verschaffe und vielleicht auch Heilung herbeiführen könne.

Prof. Paltauf untersuchte später die exstirpirten Stücke des Weil'schen Falles und erklärte sie für ein Fibrom mit reichlicher Durchsetzung durch Leukocyten in Folge von Entzündung.

Panzer demonstrirt eine Patientin, bei der er mehrere Nebenhöhlen der Nase wegen Empyem behandelte. Die 23jährige Patientin erkrankte im April 1894 an Influenza, nach deren Abheilung intensive Kopfschmerzen in Stirn und Hinterhaupt und reichlicher Ausfluss von schleimigem Secret aus beiden Nasenseiten zurückblieben. Panzer sondirte die rechte Stirnhöhle und fand in derselben viel Eiter. Auch die rechte Highmorshöhle zeigte sich voll Eiter. Die letztere wurde vom Processus alveolaris aus eröffnet und seitdem ausgespült. Linkerseits bestand Eiterung in mehreren Siebbeinzellen, welche eröffnet, ausgespritzt und ausgespült wurden. Die linke Stirnhöhle liess sich nicht sondiren. Es wurde deswegen auch nach Eröffnung der linken Highmorshöhle, welche sich voll Eiter fand, die linke Stirnhöhle von aussen eröffnet. Die Keilbeinhöhle fand sich frei; die linke Stirn-

höhle heilte unter Ausspülungen aus, und jetzt spült die Patientin die beiden Highmorshöhlen und die Siebbeinzellen selbst aus, und befindet sich ganz wohl dabei.

Stoerk berichtet über einen 60jährigen Mann, welchem nach Entfernung der rechten mittleren Muschel die Stirnhöhle sondirt wurde. Hierauf ätzte er die Stirnhöhle. Der Kranke lernte selbst die Ausspritzung. Der Kopfschmerz hat hierauf aufgehört. Da die Eitermenge, die sich entleerte, eine sehr grosse ist, glaubt Stoerk, dass eine Communication mit der Kieferhöhle vorhanden sein müsse.

O. Chiari: Ueber Schleimpolypen des Nasenrachenraumes. (Vortrag mit Demonsration.)

Chiari berichtet über 17 solche operirte Fälle. Immerhin handelte es sich um grosse, graue, öfters durchscheinende, rundliche oder walzenförmige Tumoren von Nuss- bis über Apfelgrösse, welche im Nasenrachenraum lagen und eine oder beide Choanen oder das ganze Cavum pharyngo-nasale völlig verlegten. Einmal reichte der Tumor unter das Velum herab, so dass er von vorn her bei Oeffnung des Mundes leicht zu sehen war. Sonst sah man diese Tumoren mit Hülfe der Rhinoskopia posterior und sehr häufig auch von vorne her durch die Nase.

Gleichzeitig fanden sich in den Nasenhöhlen selbst 10mal gewöhnliche Schleimpolypen; 7mal dagegen war der Nasenrachenpolyp isolirt, aber immer hatte er einen dünnen Stiel. Die Insertion dieses Stieles liess sich aber nur 7mal feststellen, nämlich 3mal an der mittleren Muschel, 1mal in der Gegend des Hiatus semilunaris, 2mal an der äusseren Nasenwand weit hinten zwischen mittlerer und unterer Nasenmuschel und 1mal am Septum weit hinten, nahe den Choanen. In 5 Fällen enthielten die Polypen grosse Cysten, welche eine seröse, klare, gelbliche Flüssigkeit ausfliessen liessen; dieselbe gerann beim Stehen 3mal und schied Fibrin aus; 2mal gerann sie spontan nicht, enthielt aber doch viel Eiweiss. Eine genauere chemische Untersuchung wurde nur 1mal vorgenommen und ergab nebst viel Eiweiss auch eine stark reducirende Substanz, vielleicht Mucin oder Metalbumin (Prof. Dr. J. Mauthner).

Die histologische Untersuchung zeigte die Structur der gewöhnlichen Schleimpolypen.

Nach kurzer Besprechung der Differentialdiagnose gegen Fibrome, Sarkome, Lymphosarkome, Hypertrophiren der hinteren Enden der unteren Muschel, Carcinome und adenoide Vegetationen wird die Therapie erörtert.

Die Entfernung der Nasenrachentumoren nahm Chiari in verschiedener Weise vor, je nach den Umständen. War die Nase frei oder nach Entfernung der in den Nasenhöhlen liegenden Polypen freigemacht werden, so suchte er zunächst mit dem kalten Schlingenschnürer von vorneher durch die Nase den Tumor zu fassen und dann von dem Ansatze abzureissen. Diese Methode ist bei Cocainisirung der einen Nasenseite fast ganz schmerzlos und sehr schnell auszuführen. Sie gelang 6mal.

Manchmal, wenn z. B. der Tumor querliegend, die rechte Choane ganz, die linke theilweise verschloss, gelang es durch die linke Nasenseite von vorneher mit

der Schlinge den Tumor zu fassen und abzuschneiden. Hierauf fasste Chiari, durch die rechte Nasenseite von vorneher die Schlinge oder die gerade Zange einführend, den Rest des Tumors und zog ihn in die rechte Nasenhöhle hinein, um ihn dort ganz oder in Stücken zu entfernen. Diese Methode wurde in fünf Fällen angewendet.

Einmal konnte die von vorne eingeführte Schlinge mit Hülfe des in den Nasenrachenraum gebrachten Zeigefingers der anderen Hand um den Polypen gelegt und dieser leicht entfernt werden.

Ein im nächsten Jahre bei demselben Patienten wieder aufgetretener Nasen-Polyp wurde mit der Rachenzange vom Munde her entfernt, während der weiche Gaumen durch eine Bandschlinge nach vorne gezogen wurde. Es geschah dies im Jahre 1882, also noch vor Kenntniss der Cocainanästhesie.

Waren die Nasengänge sehr enge, oder verschloss endlich der Tumor beide Choanen vollständig, so dass sich um ihn von vorneher keine Schlinge legen liess, so fasste ihn Chiari mit einer Rachenzange oder einem gekrümmten Schlingenschnürer vom Munde her, nachdem der Rachen und das Velum mit 20proc. Cocain. mur. bepinselt worden waren. Dadurch wurde der Rachen so unempfindlich, dass sich diese Manipulation unter Leitung des Rachenspiegels ausführen liess (5 Fälle).

Vier dieser Tumoren waren über apfelgross und lösten sich sehr leicht von ihrem Ansatze, wobei nur minimale Blutung folgte.

Chiari kann sich das nur so erklären, dass die Polypen durch ihr grosses Gewicht nach und nach den Stiel so auszerrten, dass er zuletzt sehr dünn wurde und jede Widerstandskraft verlor, so dass eine spontane Ablösung ganz gut denkbar gewesen wäre. 2mal war der lange dünne Stiel an dem vorderen Antheile der mittleren Muschel angeheftet; 1mal war er kürzer und ging von dem hinteren Antheile der äusseren Nasenwand zwischen unterer und mittlerer Muschel aus, diese drei Stiele wurden dann von vorneher mit der kalten Schlinge exstirpirt.

Im vierten Falle liess sich bloss eine kleine röthliche Falte am hintersten Antheile des Septums mit Wahrscheinlichkeit als Ausgangspunkt annehmen, da sonst die Nase und der Nasenrachenraum keine Spur von Abnormität zeigten. Natürlich wurde die Ansatzstelle, wo sie deutlich war, mit dem Galvanokauter geätzt.

Recidive wurde in den 7 Fällen von isolirten Nasenrachenpolypen nur 1mal beobachtet, dagegen öfter bei gleichzeitigem Bestehen von Polypen der Nasenhöhlen selbst.

Réthi nahm 2mal die Entfernung von Nasenrachenpolypen mit einem von vorne durch die Nase eingeführten Haken vor, indem er den aus dem mittleren Nasengang abgehenden Stiel damit durchriss. Diese Methode empfiehlt er namentlich, wenn man keine Schlinge um den Tumor im Nasen-Rachenraum herumlegen kann, oder wenn die Nase so eng ist, dass die Polypenzange den Raum ganz ausfüllt.

Schliesslich demonstrirt Scheff einen nach seinen Angaben zu galvanokaustischen Zwecken construirten Griff.

Sitzung vom 5. December 1895.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Ronsburger.

Koschier stellt eine Patientin vor mit Verletzung des Kehlkopfes. Sie wurde nämlich vor 4 Tagen von einem Wagen überfahren. Darauf bekam sie Beschwerden beim Schlingen und Athemnoth. Die laryngoskopische Untersuchung ergab ein starkes Hämatom im rechten Sinus pyriformis, welches denselben fast ganz ausfüllte, ausserdem die rechte ary-epiglottische Falte sowie die Taschenbänder einnahm, wodurch der Kehlkopf bedeutend stenosirt war. Die rechte Kehlkopfseite ist auch unbeweglich, die linke normal. Aussen am Halse sieht man mehrer blutunterlaufene Stellen und fühlt, dass die obere Hälfte des rechten oberen Schildknorpelhornes gegen die untere beweglich ist. Es handelt sich also hier um eine Fractur des rechten oberen Schildknorpelhornes.

Ebstein demonstrirt einen Fall von Lues mit malignem Verlaufe. In 13 Monaten nach erfolgter Infection war trotz einer sorgfältigen $6^1/_2$ Monate dauernden Behandlung der Vomer, der horizontale und verticale Fortsatz des Gaumenbeines, die untere Nasenmuschel rechts, die mittlere links, die Lamina perpendicularis des Siebbeins und das Septum cartilagineum zerstört worden. Ausserdem besteht eine gummöse Infiltration des Nasenrachendaches und der seitlichen Rachenwand und eine grosse Perforation des weichen Gaumens. Als Ursache dieser weitgehenden Zerstörungen ist wohl der sehr schlechte Ernährungszustand des Patienten anzusehen.

Ebstein berichtet über einen Fall von ödematösen Geschwülsten in der Gegend der Processus vocales bei starker Schwellung der Trachealschleimhaut und Bronchitis sicca nach gewerblicher Verwendung von amorpher Salicylsäure. An der Debatte betheiligen sich Stoerk, Weil, Chiari und Ebstein.

Réthi demonstrirt einen Schlingenschnürer zur Amputation hypertrophischer vorderer Muschelenden. Bei diffuser Beschaffenheit der Hypertrophie gleitet die Schlinge leicht über die Oberfläche hinüber; daher hat Réthi nach dem Vorgange von Jarvis ein Instrument construirt, mittelst welchen man eine Nadel durch die Hypertrophien sticht und dann die so fixirten Gewebe mit der Schlinge abträgt.

Bienenstock: Versuch einer Statistik der Nasenerkrankungen. Schlussfolgerungen.

B. bespricht die einzelnen Nasenaffectionen nach ihrem Procentverhältnisse, demonstrirt dann eine umfassende Zusammenstellung nach den verschiedenen Altersgraden und erläutert dieselben durch 18 Curven, denen die Frequenz jeder einzelnen Nasenerkrankung für jedes Alter direct zu entnehmen ist. Das Substrat dieser Arbeit bilden 3547 Nasenaffectionen, die in 2 Jahren beobachtet wurden. Besonders auffällig ist die Frequenzsteigerung der catarrhalischen Affectionen (Rhinitis chronica hypertrophica und atrophica) in der Pubertätszeit. Der Vortragende führt dann noch einige Momente an, welche den Einfluss der Pubertät auf die Nasenerkrankungrn illustriren und giebt neue Gesichtspunkte für die Aetiologie der Deviatio septi.

Sitzung vom 9. Januar 1896.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Hajek.

G. Scheff hält seinen Vortrag über Fracturen der Kehlkopfknorpel auf Grund experimenteller Versuche.

Er demonstrirt einen Kehlkopf mit isolirter Fractur des Ringknorpels, derselbe gehörte einem 24jährigen Manne an, welcher von einem Hufschlage getroffen, hochgradige Athemnoth zeigte. Unmittelbar nach der Verletzung fand Scheff beim Patienten ein hochgradiges Hautemphysem des Gesichtes, Halses, der oberen Extremität und des Stammes. Es wurde die Tracheotomie gemacht, doch starb Patient unmittelbar darauf. Es handelte sich eben, wie man an Präparaten sah, um einen isolirten Bruch des Ringknorpels. Angeregt durch diesen Fall stellte er an 20 Leichen Experimente an. Nach Berücksichtigung der Literatur hebt er als Ergebniss hervor, übereinstimmend mit dem Befunde von Cavasse, Keiller und Gurlt, dass der Schildknorpel häufiger brach als der Ringknorpel, ferner dass Brüche des Ringknorpels selten isolirt sind, dass aber auch die Aryknorpel und insbesondere die Stimmbänder an diesen Verletzungen theilnehmen können. Der Verknöcherungsgrad der Kehlkopfknorpel beeinflusst wesentlich die Entstehung von Fracturen. Theilweise ossificirte Knorpel, wie sie im mittleren Alter vorkommen, sind leichter zu brechen, als ganz jugenliche; die meiste Widerstandskraft aber besitzen die gänzlich verknöcherten Knorpel, wie sie im hohen Alter vorkommen. Endlich erwähnt er, dass das Hautemphysem eine Crepitation verdecken könne, dass aber dasselbe auch bewirkt werden kann durch Blutaustritt um die Bruchstelle herum. Endlich hebt er die schon lange bekannte Beobachtung hervor, dass durch Verschieben des gesunden Kehlkopfes an der hinteren Rachenwand auch eine gewisse Crepitation erzeugt werden kann. Stoerk betont auch, dass die Crepitation sehr häufig nicht nachzuweisen ist.

Hajek beobachtete einen Fall von senkrechter Fractur des Schildknorpels, welche so wenig Beschwerden machte, dass Patient ausser geringer Blutung und Heiserkeit keine Folgen bemerkte. Er kam erst 4 Wochen nach dem Unfalle zu Hajek. Er konnte jetzt noch eine Verschiebbarkeit der beiden Schildknorpelplatten gegen einander und eine Verdickung des rechten Stimmbandes an seinem vorderen Ende constatiren. Jedenfalls dürfte diese geringe Reaction eine grosse Seltenheit sein. In diesem Falle war Crepitation deutlich vorhanden.

Weil stellt eine Patientin vor mit fötider Eiterung der rechten Highmorshöhle. Er spülte sie 5mal durch das Ostium maxillare aus und erzielte dadurch völlige Heilung.

Hauptversammlung am 6. Februar 1896.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Koschier.

Zu Ehrenmitgliedern wurden gewählt: Geheimer Medicinalrath Prof. B. Fraenkel, Dr. Gouguenheim, Prof. Sir Felix Semon und Prof. Moritz Schmitt.

Hierauf wurde gewählt zum Präsidenten: Stoerk, zum Vicepräsidenten: Chiari, zum Secretär: Ronsburger, Oekonomen: Roth, zu Schriftführern: Grossmann, Hajek und Scheff.

Weil hält seinen Vortrag: Zur Pathologie und Therapie der Nebenhöhleneiterungen, speciell der Kieferhöhle. Weil hat im Ganzen 90 verschiedene Empyeme bei 52 Kranken beobachtet, darunter 23 Kieferhöhleneiterungen bei 17 Patienten; 5 einfache uncomplicirte Kieferhöhleneiterungen wurden durch 7, 12, 17, 30 und 41 Ausspülungen in einer Zeit von einer Woche bis 4 Monate geheilt. 2 Fälle sind schon durch 5 respective 4 Jahre dauernd geheilt. Er glaubt, dass die meisten Eiterungen der Kieferhöhle von acuten Infectionen der Nasenschleimhaut ausgehen, namentlich bei Influenza. Ferner glaubt er, dass der allergrösste Theil der Nebenhöhleneiterungen Tendenz zur spontanen Heilung hat, wenn man dem Eiter regelmässigen Abfluss verschafft. Diese Behandlungsmethode gilt nicht bloss für die Highmorshöhle, sondern für alle anderen Nebenhöhlen der Nase.

Sitzung vom 5. März 1896.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Grossmann.

Chiari berichtet über die Vorschläge des aus Réthi, Roth und ihm bestehenden Comités über die von der niederösterreichischen Statthalterei an die Gesellschaft ergangene Einladung gelegentlich der Aenderung der Pharmakopoe etwaige Wünsche bekannt zu geben.

Panzer demonstrirt ein haselnussgrosses Fibrom, welches er vom rechten Stimmband mit dem Schlingenschnürer exstirpirte. Der Tumor erwies sich nach der Untersuchung von Prof. Kolisko als Fibrom mit secundären Veränderungen, nämlich seröser Transsudation, Erweichungscysten und hyaliner Degeneration.

Weil beendigt den Vortrag über die Eiterungen der Nebenhöhlen. Die Diagnose des Kieferhöhlenempyems machte er entweder durch Probeausspülung vom Ostium maxillare her, oder nach der Methode von Schmidt und Lermoyez. Er bedient sich dazu an der Spitze gekrümmter Hohlnadeln von 1 mm Dicke, weil dieselben leichter den dünnen Knochen und zwar in senkrechter Richtung durchstochen. Ist nun das Empyem festgestellt, so muss das Ostium maxillare gefunden werden, und nur in $^1/_5$ der Fälle ist es nothwendig, einen Theil der mittleren Nasenmuschel zu reseciren. Hierauf werden die regelmässigen Ausspülungen durch das Ostium maxillare vorgenommen. Das gelingt gewöhnlich leicht, ja die Patienten selbst erlernen es nicht gar schwer, wie das übrigens Stoerk schon mitgetheilt hat. Die Eröffnung der Highmorshöhle von der Fossa canina aus hält er für sehr eingreifend und unangenehm. Die besondere Hartnäckigkeit vieler Highmorshöhlenempyeme hat den Grund seltener in Veränderungen der Schleimhaut als in Combination mit anderen Empyemen. Gewöhnlich ist das Siebbeinlabyrinth mit ergriffen und häufig auch primär erkrankt, nur wird die Eiterung aus den Siebbeinzellen häufig übersehen. Leider aber sind die Behandlungsresultate der Siebbeinempyeme meist keine vollständigen. Er ist nicht dafür, die Siebbeinzellen weit zu eröffnen, sondern geht darauf aus, die natürlichen

Oeffnungen freizulegen und Ausspülungen durch die Zellen zu machen. Erst wenn diese Methode nach mehreren Monaten keine erhebliche Besserung erzielt hat, dürfe man energisch eingreifen.

Nach diesem Vortrage wird auf Wunsch mehrerer Mitglieder beschlossen, die Discussion über diesen Gegenstand auf die nächste Sitzung zu verlegen.

Sitzung vom 9. April 1896.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Hajek.

Ebstein demonstrirt einen Fall von Larynxstenose in Folge von leukämischer Infiltration. Das laryngologische Bild war ähnlich wie bei tuberculöser Infiltration. Die Stenose war bedingt durch Infiltration der Schleimhaut des subchordalen Raumes bis zum 6. Trachealring, wie man dies bei der Section nachweisen konnte. Histologisch fand man hochgradige Infiltration mit mononucleären Leukocyten im Taschen-, Stimmbande und subchordalen Raume; eosinophile Zellen und Charcot'sche Krystalle in den Drüsenausführungsgängen liessen sich reichlich nachweisen.

Panzer demonstrirt eine Kranke mit Empyem der Highmorshöhle, welches spontan zur Perforation am harten Gaumen führte.

Discussion über das Empyem der Highmorshöhle.

Roth glaubt, dass acute Eiterungen spontan ausheilen können, auch bei chronischen dürfte das hie und da der Fall sein, aber selten. Solche chronische Eiterungen dauern selbst bei sorgfältiger Ausspülung oft viele Monate lang, ohne dass eine Complication mit anderen Höhleneiterungen vorliegt. Ursache davon ist nach seiner Ansicht das Auftreten von kleinen Geschwüren und Wulstung der Schleimhaut.

Die Ausspülung durch das Ostium maxillare ist sehr oft nicht möglich und bedarf ferner immer der directen Manipulation des Arztes. Da man aber auch. um in das Ostium maxillare eindringen zu können, oft ziemlich eingreifende Operationen nothwendig hat, so hält Roth die Eröffnung vom Processus alveolaris aus für angezeigter, weil diese nicht eingreifender ist als die Entfernung einer Muschel und es dem Patienten ermöglicht, sich selbst auszuspritzen.

Réthi theilt seine Fälle von chronischem Highmorrshöhlenempym nach der Behandlung in 2 Gruppen ein. Bei der Behandlung vom mittleren Nasengang aus, theils durch das Ostium maxillare, theils durch das Ostium accessorium oder endlich durch eine im mittleren Nasengange angebrachte künstliche Oeffnung einerseits und andererseits bei der Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang oder Processus alveolaris aus hat er in beiden Fällen etwas über 40 pCt. Heilung erreicht. Er hat das Princip, womöglich durch natürliche Oeffnungen auszuspritzen; gelingt diese Manipulation nicht, so öffnet er die Höhle vom mittleren Nasengang aus: sind cariöse Zähne vorhanden, so öffnet er von der Zahnalveole aus. Damit erreicht er meistens günstige Erfolge.

Scheff glaubt, dass das Empyem der Highmorshöhle recht häufig dentalen Ursprungs ist. Chiari erwähnt, dass er von 58 Fällen von Empyema antri Highmori 27 Fälle heilen konnte. Das spricht für die von ihm angewandte Methode, nämlich Anbohrung vom Processus alveolaris, Ausspritzung von dort und Tamponade mit schmalen, gesäumten Jodoformgazestreifen, welche nur alle Woche 1mal gewechselt werden. Die Behandlung ist einfach und zwingt den Patienten nicht, häufig zum Arzte zu kommen. Dass man oft keine Heilung erreicht, beruht darauf, dass Schleimhautcatarrhe auch an anderen Orten häufig nicht völlig ausheilen. Die Auswaschung durch das Ostium maxillare ist oft schwierig und erfordert fast immer das directe Eingreifen des Arztes. Auch ist der Nachweis der völligen Heilung schwer.

Koschier betont, dass die Ausspülungen durch das Ostium maxillare meist leicht gelingen, wie er dies auf der Stoerk'schen Klinik beobachtete. Man verwendet sehr häufig auch Lapis in 3—10 proc. Lösung; nur in den Fällen, wo das Ostium maxillare nicht durchgängig ist, wird von der Alveole aus eröffnet. Die Erfolge beider Behandlungsmethoden sind unsicher, nur selten kann man dauernde Heilung constatiren.

Hajek betont, dass die Ausspritzung durch das Ostium maxillare schwierig sei und oft tief eingreifende präparative Operationen nöthig mache, ferner kann man gewöhnlich durch das Ostium maxillare nicht gründlich ausspülen. Ferner betont er, dass chronische Empyeme, wie sie der Arzt gewöhnlich sieht, überhaupt sehr schwer heilen, selbst ohne dass sie von Eiterungen in anderen Nebenhöhlen complicirt werden. Jedenfalls dauern die Catarrhe der Highmorshöhle oft lange, selbst bei sorgfältiger Behandlung.

Sitzung vom 7. Mai 1896.

Vorsitzender: Chiari.
Schriftführer: Scheff.

Chiari berichtet über den von Panzer vorgestellten Fall von Durchbruch des Kieferhöhlenempyems durch den harten Gaumen. Er legte eine Oeffnung im Processus alveolaris an und spritzte durch diese aus, bis die Perforation im harten Gaumen verheilt war, weil die Behandlung von einer Lücke im Processus alveolaris leichter von einem nicht sehr versirten Arzte durchgeführt werden kann. Patientin muss nämlich in ihre ländliche Heimath zurückkehren.

Weil erhält das Schlusswort über die Nebenhöhleneiterungen. Er betont mit Rücksicht auf die vorgebrachten Aeusserungen der früheren Redner, dass er die Ausspritzung durch das Ostium maxillare für leicht durchführbar, für ausreichend und für ganz ungefährlich halte. Deshalb betrachte er sie als die beste Methode. Man schade dadurch dem Patienten am wenigsten und erreiche sehr häufig bei Eiterungen der Nebenhöhlen Heilung. Dass manche chronische Fälle dieser Behandlungsmethode trotzen, spreche nicht gegen dieselbe, da ja alle anderen Methoden, auch die eingreifenden chirurgischen, durchaus nicht immer zum Ziele führten. Auch sonst hält er seine Ausführungen aufrecht. Von allen anderen Methoden sage ihm noch am meisten die Anbohrung durch den Processus alveo-

laris mit Ausspritzung und Tamponade zu. Jedenfalls möge man seine Methode zuerst versuchen und wenn sie keinen Erfolg giebt, zu anderen übergehen.

Hajek. Vortrag. — Die pathologischen Veränderungen der Siebbeinknochen bei den entzündlichen Processen der Nasenschleimhaut.

Der Vortragende geht von der Ethmoiditis necrotica von Woakes aus, nach welcher Lehre die Nasenpolypen nur ein hervorragendes Symptom dieser Erkrankung des Siebbeins sind. Bekanntlich haben sich die meisten Rhinologen und Anatomen dagegen ausgesprochen, da bei den Nasenpolypen nur sehr selten Necrose des Siebbeins zu finden ist. Zuckerkandl hat gefunden, dass die Knochenunterlage der Nasenpolypen und Hypertrophien gewöhnlich im hypertrophischen Sinne wuchere, das heisst kleine Knochenhervorragungen, Höcker oder Spitzen bilde. Hajek hat nun 17 Fälle von hypertrophisch degenerirten Muscheln und 12 Fälle von Nasenpolypen mit ihrer Knochenunterlage untersucht. Früher untersuchte er normale Muscheln und fand, dass das Knochengerüst der mittleren Muschel sehr spongiös ist, d. h. sehr viel grössere und kleinere Räume hat, welche mit Mark gefüllt sind und an zahlreichen Stellen gegen die Oberfläche weit geöffnet sind. Zwischen der tieferen Schichte der Schleimhaut und dem Markgewebe besteht kein Grenzgebilde, so dass eine Entzündung der Schleimhaut sehr leicht auch in die Markräume eindringt. Bei Entzündungen der mittleren Muschel kann entweder nur die oberflächliche Schichte der Schleimhaut infiltrirt werden, oder es dringt das Infiltrat durch die Dicke der Schleimhaut in die Markräume hinein, oder endlich es betheiligen sich auch die Knochenbalken an der Erkrankung, indem sie entweder hyperplasirt oder rareficirt werden. Im letzteren Falle kann man Howship'sche Lacunen und Osteoklasten nachweisen. Gewöhnlich sind aber beide Vorgänge zugleich in den Knochen vorhanden und zwar deswegen, weil das in den Markräumen befindliche dichte zellige Infiltrat, sowie die Compression der kleinen Venen die Ernährung der Knochenbälkchen verschlechtert. Diese bei allen tieferen Entzündungen vorkommende Ostitis spielt aber nur eine nebensächliche Rolle im Verlaufe der Bildung von Polypen und Hypertrophien. Jedenfalls kommt es hier nicht zu einer eigentlichen Necrose, sondern eben nur zu einer theilweisen Verdünnung der einzelnen Knochenbälkchen. Jedenfalls verdankt der Polyp seine Entstehung vor allem andern der Entzündung der peripheren Schleimhautschichten und wird nicht primär veranlasst durch Erkrankungen in den Knochen und deren Markräumen. Dagegen kann aber bei Verletzungen des Markgewebes dasselbe aus den Wunden als ödematöse Vorwölbung austreten. Dieses Mitergriffenwerden der Knochenbälkchen und Markräume der mittleren Muschel bei der Entstehung von Polypen kann vielleicht die Ursache der Recidiven sein, da man sich vorstellen kann, dass selbst nach Entfernung der Polypen die Veränderung in der Tiefe der Schleimhaut und der Markräume nicht ganz zurückgeht und so später einen gewissen Reiz auf die oberflächliche Schleimhaut ausübt. Und nur in dieser Hinsicht kann man von einem ostealen Ursprung der Polypen reden.

Weil glaubt, dass die Recidive von Polypen von kleinen zurückgebliebenen polypösen Wucherungen ausgehe und stimmt ganz mit Hajek überein, dass bei Polypenbildung der Knochen häufig betheiligt ist. Roth bemerkt, dass auch in

der Siebbeinhöhle nicht selten Polypen vorkommen. Chiari räth behufs Behandlung sorgfältig alle Polypen zu entfernen, auch die Siebbeinzellen zu eröffnen, aber nicht unnöthiger Weise vielleicht die ganze mittlere Muschel mitzunehmen. Er hält auch die Hypertrophien und Polypen für das Product einer chronischen Entzündung, an welcher auch die Knochenbälkchen theilnehmen. Uebrigens kommen auch in grossen Schleimpolypen des Nasen-Rachenraumes nicht selten Knoblättchen vor, welche gar keinen Zusammenhang mit den Knochen des Ursprungsortes (gewöhnlich der mittleren Muschel) haben. Ausserdem regen ja überall am ganzen Körper chronische Entzündungen in der Nähe der Knochen die Knochen selbst zur Mitbetheiligung an, so dass uns dieses Verhalten des Siebbeinknochens bei chronischen Entzündungen nicht wundern darf.

Hajek theilt mit, dass er bei Fällen von Polypenbildungen, bei denen nicht gleichzeitig Tuberculose oder Syphilis bestand, niemals klinisch einen geschwürigen Zerfall oder blossliegenden Knochen an der Basis der Polypen gefunden hat, und dass er seine Untersuchungen nur bei nicht complicirten Fällen von Hypertrophien oder Polypenbildungen angestellt habe.

Sitzung vom 11. Juni 1896.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Grossmann.

Prof. Chiari stellt einen 52jährigen Mann vor, welcher seit Februar 1895 an Heiserkeit und Schmerzen in der linken Schulter und Kopfhälfte leidet. Als Ursache wurde damals ein Aneurysma des Arcus aortae und völlige Lähmung der ganzen linken Kehlkopfseite mit Cadaverstellung des Stimmbandes constatirt. Seit ca. 6 Wochen begann bei dem Patienten das linke Taschenband bei der Phonation sich stark nach einwärts zu bewegen, während das concave wahre Stimmband und der Aryknorpel völlig unbeweglich blieben. Auch jetzt noch ist dieses eigenthümliche Verhalten zu sehen.

Aehnliches wurde schon bei anderen Fällen von Recurrenslähmungen berichtet, sehr interessant aber ist der vorgestellte Fall deshalb, weil gleich bei Beginn der Lähmung des N. recurrens die ganze linke Kehlkopfseite völlig unbeweglich war, und erst viel später das Taschenband allein seine Beweglichkeit zurückbekam. Vielleicht ist hier die Annahme gestattet, dass durch irgendwelche Schrumpfungsvorgänge im Aneurysma der früher ganz zusammengedrückte Nerv. recurrens theilweise entlastet wurde. Jedenfalls wird der Fall weiter genau beobachtet werden.

Prof. Stoerk giebt einen historischen Ueberblick der Entwicklung der Oesophagoskopie unter Demonstration der zu verschiedenen Zeiten von ihm angegebenen Untersuchungsinstrumente. Eine eingehendere Besprechung findet das von ihm in letzterer Zeit verbesserte Oesophagoskop mit gegliedertem Anfangstheil. Das Instrument wird nach Art einer Bougie gekrümmt eingeführt und dann durch Drehung um 180° gerade gestreckt. An 2 Patienten wird die Art und Weise der Einführung desselben demontrirt. (Erscheint demnächst ausführlich.)

Dr. Ebstein demonstrirt ein von ihm angegebenes Instrument zur endosko-

pischen Dilatationsbehandlung solcher Aetzstricturen des Oesophagus, welche mit der Bougie- und Darmsaitenbehandlung vom Munde aus nicht anzugehen sind. Als Dilatationsmittel werden Laminariastifte verwendet, welche mit einem einfachen Instrumente unter Leitung des Auges im ösophagoskopischen Tubus eingeführt werden (Charrière 13), an dessen einem Ende mittelst innen verlaufenden Führungsdrahtes zwei Pincettebranchen verschieblich angebracht sind. Dieselben sind röhrenförmig gestaltet und an den Seitenkanten gezähnt. Das andere Ende trägt eine Schraubvorrichtung zur Bewegung der Branchen und ist zur besseren Handhabung stumpfwinkelig abgebogen. Dadurch ist ein Griff, der durch seine Schwere nur störend wirken würde, entbehrlich. In die röhrenförmige Pincette werden verschieden lange und starke Laminariastifte fest eingespannt, und ein starker Seidenfaden, der durch ein Bohrloch der Stäbchen geführt und sicher verknüpft ist, an einer Oese aussen am Rohr gespannt befestigt. Die Einführung bietet bei einiger Uebung keine besonderen Schwierigkeiten. Nach derselben wird Instrument und Tubus entfernt, der Laminariastift der Quellung in der stricturirten Partie überlassen, endlich letzterer nach einer bestimmten Zeit vom Munde aus an dem Seidenfaden herausgezogen. Durch kürzer oder länger dauernde Application hat man es vollkommen in der Hand, ohne die Gefahren, welche bei der Methode von Senator drohen, die Dilatationswirkung zu bemessen.

Das Verfahren ist hauptsächlich für enge, sonst impermeable Aetzstricturen, weniger für Stricturen durch Carcinom geeignet. Den besten Erfolg verspricht es bei ringförmigen und kürzeren röhrenförmigen Stricturen, ist aber auch bei mehrsitzigen Stricturen zur Dilatation der höchsten und nachfolgenden Bougiebehandlung der tieferen verwendbar. Ebstein stellt ein 7jähriges Kind vor, bei welchem es in 4 Sitzungen gelang, das Lumen der ringförmig stricturirten Stelle, in welche er mit seinen Darmsaiten nicht einzudringen vermochte, auf einen Querschnitt von etwa Bleistiftdicke zu erweitern, so dass die in Aussicht genommene Gastrostomie entfallen konnte.

Prof. Chiari zeigt einen besonders grossen (6 cm langen bis 4 cm breiten, 0,5 cm dicken) flachen, weichen Tumor, der von der rechten aryepiglottischen Falte ausgehend, bis zum zweiten Trachealring herabhing. In vivo war er in seiner Form wechselnd. Chiari entfernte ihn wegen seiner Grösse und seines Reichthums an Gefässen durch Laryngofissur.

Sitzung vom 5. November 1896.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Hajek.

Dr. Réthi ladet die Mitglieder zu einer Demonstration über die Falsetstimme ein.

Chiari demonstrirt eine angeborene Faltenbildung im hinteren Glottisantheil, welche er endolaryngeal theilweise exstirpirte.

Chiari berichtet über einen Fall von theilweiser Verwachsung des Velums mit der hinteren Rachenwand in Folge von Lues. Die beiden hinteren Gaumenbögen waren sehr verdickt und grösstentheils mit der hinteren Rachenwand ver-

wachsen. Es wurde nun der Voltini'sche Gaumenhaken eingeführt und einige Narbensträge rechts mit dem Galvanokauter durchtrennt. Hierauf wurde täglich mit dem Finger das Velum nach vorne gezogen und gedehnt und die Verklebungen der hinteren Gaumenbögen und hinteren Rachenwand nach und nach derart gelöst, so dass die Communication des Mundes mit dem Nasen-Rachenraume eine nahezu normale wurde. Diese Massage bewirkte eine Kräftigung der Velummuskulatur und eine Abnahme der chronischen Infiltration. Da die Patientin abreisen musste, wurde eine Pelotte aus Hartkautschuk angefertigt, welche durch eine starke spiralige Feder an einer Gaumenplatte befestigt war. Die Patientin wurde mit der Weisung entlassen, sich selbst diese Pelotte oft einzuführen und sich von ihrem Arzte die Dehnung und Massage des weichen Gaumens öfters vornehmen zu lassen.

Chiari macht dabei Hinweisungen auf die frühere Methode dieser Behandlung und auf ähnliche Prothesen, von denen namentlich die von O. Schmitt in Düsseldorf herrührende als Vorbild diente. Wichtig sei nach seiner Ansicht die längere Massage und Dehnung des Velums.

An der Discussion betheiligte sich Hajek, der sein bekanntes Instrument vorzeigt, und Grossmann.

Koschier demonstrirt einen Knaben von 7 Jahren, der am 15. November mit einem Gänseknochen im Larynx auf die Klinik aufgenommen wurde. Die Entfernung des Knochens gelang mit vieler Mühe. 6 Tage später bildete sich am Petiolus eine starke Schwellung. 2 Tage später wurde die Schwellung incidirt, und entleerte reichlich Eiter; worauf die Stenosenerscheinung abnahm. 2 Tage später trat an derselben Stelle neue Schwellung auf, so dass Patient tracheotomirt werden musste. Jetzt befindet sich der Kranke besser, kann aber die Kanüle noch nicht ablegen. Offenbar hatte der eingedrungene Knochen den Abscess veranlasst.

Koschier demonstrirt ein anatomisches Präparat von Sklerom der Nase, des Rachens und Larynx gleichzeitig mit tuberculöser Infiltration beider Aryknorpel.

G. Scheff: Demonstration einer Zahncyste.

Der Vortragende hatte durch Extraction von 2 Wurzeln des 1. linksseitigen oberen Molaris einen an der Spitze der vorderen äusseren Wurzel anhängenden pfirsichkerngrossen Sack mitentfernt. Dieser Sack war bei der Extraction eingerissen und entleerte eitrigen Inhalt. Er hatte in situ einen grossen Theil der linken Kieferhöhle ausgefüllt und ein Empyem der Kieferhöhle vorgetäuscht, jedoch niemals einen Eiterausfluss in die Nase veranlasst.

An der Discussion betheiligen sich Weil, Hajek und Scheff.

Ebstein demonstrirt 4 Fälle von Sklerom der oberen Luftwege.

Das meiste Interesse beansprucht der Krankheitsverlauf bei der 49jährigen A. K. Diese bot im Juni d. J. als Haupterscheinung im Larynx subchordale Wülste und dabei ein stark stenotisches Athmen, welches weder durch die Grösse der Wülste, noch durch das geringe Infiltrat an der vorderen Trachealwand, etwa am 6. Ring bestehend, zu erklären war. Es musste angenommen werden, dass in den tiefsten, der Besichtigung nicht zugänglichen Trachealpartien, eventuell in den Anfangstheilen der Bronchien, eine beträchtliche Infiltration bestehe. Diese Annahme erwies sich bei der am 7. Juli vorgenommenen tiefen Tracheotomie als richtig, indem es mit den längsten Canülen nicht gelang, die Athmung freier zu



gestalten. Die Prognose schien sehr ungünstig, entsprach jedoch nicht dem weiteren Verlaufe. Nach Ablauf einer schweren Bronchitis liess sich im Laufe der nächsten zwei Monate eine fortschreitende Besserung constatiren. Die subchordalen Wülste wurden zu flachen Narben und einer gleichen Veränderung der tiefen Infiltrate musste die freiere Respiration zugeschrieben werden. Bemerkenswerth ist bei dem Falle der tiefe Sitz der Erkrankung und der Umstand, dass die narbige Schrumpfung der Infiltrate die Stenosenerscheinungen behob.

Sitzung vom 3. December 1896.

Vorsitzender: Stoerk.
Schriftführer: Grossmann.

Stoerk spricht Réthi seinen Dank aus für den über die Falsetstimme im physiologischen Club gehaltenen Vortrag. Besonders werthvoll waren die Demonstrationen stroboskopischer Bilder von Falsetwellen.

Roth demonstrirt eine aus dem Nasenrachenraume eines 10jährigen Knaben entfernte adenoide Vegetation, in welcher ein kleiner, bohnengrosser, dicker Knorpel zu finden war. Er hält ihn für eine Art Ecchondrose vom Keilbeinkörper. Chiari meint, dass das Knorpelstück von der Tube herrühre.

Chiari demonstrirt das Präparat eines Falles, bei welchem es sich um eine lange bestehende Pachydermia typica catarrhalis und eine unabhängig davon entstandene Phlegmone des Kehlkopfes handelte. Er schliesst dann die Mittheilungen über diesen Fall, welcher nach Tracheotomie einer Nachblutung erlag. Die Section zeigte, dass die jauchige Phlegmone des Kehlkopfes längs der Trachea auf die Schilddrüse und in das vordere Mediastinum gedrungen war und eine Schilddrüsen-Vene arrodirt hatte, aus welcher dann eben die tödtliche Blutung erfolgte. Natürlich besteht kein Zusammenhang zwischen Pachydermie und Phlegmone, sondern die Phlegmone dürfte durch irgend eine Verletzung der Larynxschleimhaut veranlasst worden sein.

Stoerk bemerkt zu diesem Fall, dass er Aehnliches schon mehrfach gesehen habe. Es handelt sich um eine allgemeine Infiltration der Kehlkopfschleimhaut mit theilweisem eitrigen Zerfall und schnellem Weiterschreiten in das Mediastinum, so dass solche Patienten trotz der Tracheotomie an allgemeiner Sepsis sterben.

Hajek hält auch diese septische Phlegmone für eine selbstständige Erkrankung, nur ist es manchmal schwer, sie im Anfange von den leichteren Phlegmonen oder sogar selbst von den umschriebenen Abscessen abzugrenzen. Jedenfalls kann er nicht mit Semon übereinstimmen, dass alle entzündlichen Processe in den oberen Luftwegen, begonnen von der einfachen Rachenangina bis zur septischen Phlegmone, nur eine Stufenleiter verschiedener Intensität eines Processes bildeten. (Eine solche Behauptung habe ich niemals ausgesprochen! Vergl. Centralblatt XI. p. 970 u. ff. — In meiner These ist von „einfacher Rachenangina“ und ähnlichen Processen keine Rede, sondern nur von der pathologischen Identität der acuten „septischen“ Processe im Halse. F. S.)

Heindl berichtet über einen Fall wie Chiari. Er wurde wegen Larynxstenose auf die Klinik gebracht und daselbst von Chiari tracheotomirt. Trotz-

dem die Athembeschwerden sofort nachliessen, wurde Patient nach und nach immer schwächer, soporös und erlag schliesslich unter Auftreten von Bewusstlosigkeit. Die Section ergab ebenfalls eine jauchige Phlegmone, vom Larynx ausgehend in das Mediastinum hinabreichend.

Grossmann glaubt, dass in den erwähnten Fällen eigentlich gar keine Stenose vorlag, sondern dass es sich nur um Sepsis handelte, und das könne man aus dem Verhalten des Pulses und der Athmung ganz genau diagnosticiren. Denn in Fällen von Sepsis handelt es sich meist um cardiale Dyspnoe.

Weil berichtet über einen Fall von sogenannter Angina Ludovici, welche nach längerer Zeit nach tiefen Einschnitten heilte. Vorangegangen war dieser starken Infiltration des Zellgewebes des Halses eine Angina lacunaris.

Chiari: Die Frage, warum eine Phlegmone des Larynx manchmal leicht abheilt, manchmal nur locale Stenose veranlasst und manchmal zur Sepsis führt, lässt sich vielleicht durch den Hinweis auf die verschiedene Virulenz der inficirenden Organismen oder auf die verschiedene Empfänglichkeit der Individuen beantworten.

Wie sehen ja, dass auch bei septischen Infectionen an anderen Orten bald nur locale geringere oder stärkere Entzündungen und Eiterungen mit oder ohne Nekrose des Bindegewebes auftreten, bald ausgebreitete Lymphgefässentzündungen sich anschliessen und bald endlich selbst ohne besondere locale Symptome Sepsis oder Pyämie sich entwickelt.

Ganz abtrennen möchte ich von dieser Phlegmone des Larynx die acuten umschriebenen Abscesse, die man nicht so selten an der Epiglottis oder den aryepiglottischen Falten beobachtet; dieselben können zwar local oft recht stürmische Erscheinungen hervorrufen, heilen aber nach Incision schnell aus. Sie gleichen darin am meisten den Furunkeln an der Haut, an welche sie mich auch immer nach ihrer Form und ihrem Verlaufe erinnert haben.

Als Therapie sind Incisionen in die Schwellungen zu empfehlen und bei gefahrdrohender Stenose die Tracheotomie. Mir gelang es einmal, bei jauchiger Phlegmone des oberen Kehlkopfabschnittes dadurch den Patienten zu retten. Natürlich wird man die Tracheotomie nur bei hochgradiger Larynxstenose vornehmen.

Was die vom Collegen Grossmann geäusserte Ansicht anlangt, dass die Beschleunigung von Puls und Athmung auf Sepsis zu beziehen sei, dass also dann die Tracheotomie unnöthig sei, muss ich bemerken, dass in meinen beiden Fällen vor der Tracheotomie die Athmung verlangsamt und stridorös war, also gewiss gefahrdrohende Larynxstenose vorhanden war. Bei dem heute demonstrirten Falle trat die Beschleunigung der Athmung erst nach der Tracheotomie auf, war aber dann gewiss durch die Sepsis veranlasst.

Doch kommt auch ohne Sepsis nach Tracheotomie oder Laryngofissuren hochgradige Beschleunigung von Puls und Athmung manchmal vor und giebt dann immer sehr schlechte Prognose. Ueber die Ursache dieser Erscheinung ist man noch nicht ganz im Klaren; viel Wahrscheinlichkeit hat die Ansicht Stoerk's, dass es sich hier um besondere, durch die Operation veranlasste Reizung von Nerven handle.

Chiari demonstrirt ein Spindelzellensarkom, dass er aus der Trachea eines 11jährigen Mädchens durch tiefe Tracheotomie entfernte.

Weil demonstrirt ein 12jähriges Mädchen mit Lymphangioma cavernosum der hinteren Rachenwand. Er hatte einige Stücke davon anfangs Juli entfernt. Die histologische Untersuchung ergab ein dünnes Netzwerk von fibrösem Gewebe mit eingelagerten zahlreichen bis 2mm im Durchmesser haltenden, mit Endothel ausgekleideten, mit Lymphe erfüllten Hohlräumen. Jetzt ist das Kind, das früher infolge von Blutungen aus der Geschwulst sehr heruntergekommen war, gesund und frisch, doch sieht man gegenüber dem linken Angiome einen seither nachgewachsenen neuen Tumor; deswegen ist die Prognose sehr zweifelhaft.

O. Chiari.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

An der Universität zu Kopenhagen ist eine officielle Klinik für Hals- und Ohrenkrankheiten errichtet worden, zu deren Leiter unser geschätzter Mitarbeiter, Dr. E. Schmiegelow, ernannt worden ist.

Bradyphasie (Kussmaul).

Der Herausgeber hat kürzlich einen Fall von skandirender Sprache bei einer fast 70jährigen Dame gesehen, der sich ohne irgendwelche sonstigen Symptome eines organischen Leidens des Centralnervensystems ganz allmälig innerhalb der letzten vier Jahre herausgebildet hat, und wäre Collegen, die ihm ähnliche Fälle mittheilen, resp. ihn auf veröffentlichte Fälle dieser Art aufmerksam machen wollten, hierfür sehr dankbar.

Adresse: Sir Felix Semon, 39 Wimpole Street. W. London.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. **Berlin, Februar.** **1898. No. 2.**

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **J. Macintyre. Der Gebrauch der X-Strahlen bei Nasen-, Hals- und Brustkrankheiten. (The use of X rays in diseases of the nose, throat and thorax.)** *Practitioner. Januar 1897.*

Beschreibung der Methodik und Demonstration von Diagrammen.

ADOLPH BRONNER.

2) **Lavrand. Einfluss der Seeluft auf Nasen-, Hals- und Ohrenleiden. (Influence of sea air upon affections of the nose, throat and ears.)** *N. Y. Medical Record. 27. Februar 1897.*

Verf. hält den Aufenthalt in dem kälteren Klima der nordfranzösischen und belgischen Seeküste für günstig bei chronischen Nasen- und Halsleiden, ausgenommen die Fälle mit tuberculöser Disposition oder arthritischer Congestion des Kehlkopfs.

LEFFERTS.

3) **H. W. Loeb. Erscheinungen von Malaria in den oberen Luftwegen. (Malarial manifestations in the upper air passages.)** *Medical Review. 12. Juni 1897.*

Malaria ist nur selten die Ursache von Nasen- und Halsaffectionen. Ist dies jedoch der Fall, so ist die Krankheit der oberen Luftwege aber auch von so besonderem Typus, dass ihr Malaria-Ursprung leicht erkannt wird.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

4) **J. E. Kimball. Erkältungen. (Colds.)** *Journal of Medical and Science. April 1897.*

Nichts besonders Erwähnenswerthes.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

5) **E. A. Kirkpatrick. Ueber Erkältung. (On taking cold.)** *Maritime Med. News. April 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).



6) **W. C. Buckley. Einige neue und nützliche Medicamente für Erkältungen etc. (Some new and useful prescriptions for colds etc.)** *The Southern Clinic. Januar 1897.*

Rp. Lactophenin 60,0
Seidlitz dosimetric 30,0
Asclepidin 30,0
Divide in part. XXX. S. 1 Pulver in Wasser. Bei Bedarf ein zweites.

FROTHINGHAM (LEFFERTS.)

7) **Luithlen. Zur Lehre und Diagnostik des Pemphigus.** *Wiener klinische Wochenschrift. 1897. No. 29.*

Nach Ansicht des Verfassers ist der Pemphigus als eine Infektionskrankheit mit akutem und chronischem Verlaufe aufzufassen, bei der eine charakteristische in der ausgeschiedenen Flüssigkeit begründete Form der Blasenbildung stattfindet. Die Arbeit ist übrigens mehr von dermatologischem Interesse. CHIARI.

8) **Alfred Martin. Das salzsaure Eucain in der Rhino-Otologie im Vergleich zum Cocain. (Du chlorhydrate d'eucaine en rhinologie et otologie, composé au chlorhydrate de cocaine.)** *Rev. hebdom. de Laryngol. 3. Juli 1897.*

Nach M.'s Erfahrungen anaesthesirt das Eucain ebenso schnell, wie das Cocain, aber ohne üble Nebenerscheinungen (Nausea, Syncope). Auf der Nasenschleimhaut erzeugt es manchmal ein brennendes Gefühl; die Schleimhaut retrahirt sich nicht. A. CARTAZ.

9) **Fein. Ueber die Anwendung des Eucain in der Laryngologie und Rhinologie.** Abtheilung Chiari der Poliklinik. Wien. *Wiener klin. Wochenschrift. 1897. No. 22.*

Eucain erzeugt in 10proc. Lösung eine Anaesthesie, die Operationen in Nase, Rachen und Kehlkopf schmerzlos ausführen lässt. Diese Wirkungen sind jedoch nicht so intensiv, wie beim Cocain und treten etwas später ein, auch ist die Dauer der Wirkung etwas geringer als beim Cocain. Das Eucain ruft keine Abschwellung der Nasenschleimhaut hervor und verspüren die Patienten meist ein Gefühl von Brennen, das jedoch unbedeutend ist. Eucain ist ungiftig (auch an Thierversuchen constatirt) und verursacht keine unangenehmen Nebenwirkungen. Schliesslich ist es sterilisirbar und billiger als Cocain. CHIARI.

10) **P. Hackenbrück. Eucain-Cocainmischung.** *Wiener medicin. Blätter. 1897. No. 29.*

H. empfiehlt zur Erzielung von Lokalanästhesie eine Cocain-Eucainlösung ana, die weniger giftig und dabei doch von gleicher anästhesirender Wirkung sein soll, wie entsprechende Cocainlösungen. Auch könne man sich jederzeit die Lösung selbst bereiten, indem man 1 Pulver nach beifolgendem Recept in 5 ccm sterilisirtem Wasser auflöst.

Rp. Cocaini hydrochlor.
Eucaini hydrochlor. ana 0,05.
D. tal. dos. No. XX.

CHIARI.



11) **Zangger** (Zürich). **Ein Fall von Cocainmissbrauch.** *Wiener med. Presse. 1897. No. 32. Referat.*

Eine Dame hatte gegen kleine schmerzhafte Geschwüre des Zahnfleisches 5proc. Cocainlösung verschrieben erhalten, und da diese Einpinselungen bei ihr angenehme Empfindung hervorrief, wendete sie diese Einpinselungen durch 3 Jahre an. Sie brachte es auf eine tägliche Dosis von 2 g Cocain. Patientin bot alle Erscheinungen des chronischen Cocainismus.

CHIARI.

12) **Nowak** (Krakau). **Der therapeutische Werth des Peronins.** *Therapeutische Wochenschr. 1897. No. 21.*

N. theilt mit, dass er Peronin in Pillenform oder in Lösung und Pulverform als hustenlinderndes Mittel bestens empfehlen kann. Es ruft keine Nebenerscheinungen hervor und kann man pro dosi bis 0,05, pro die bis 0,15 steigen. Peronin ist jedoch sehr theuer.

Peronini 0,10
Aqu. dest. 100,0.
S. 3—6 Esslöffel täglich.

CHIARI.

13) **Vámossy** (Budapest). **Ueber Anesin.** *Therapeutische Wochenschrift. 1897. No. 38.*

Bei Nasen- und Kehlkopf-Krankheiten erzeugte Anesin:

1. eine beträchtliche Herabsetzung der Empfindlichkeit (in ca. 2proc. Lösung aufgepinselt),
2. auch im Larynx Zeichen von Anästhesie,
3. desgleichen in der Nase.

Die Anästhesie stellt sich rasch ein, es treten keine Vergiftungserscheinungen auf, doch übertrifft es nicht die Wirkung des Cocains.

CHIARI.

14) **Spengler. Ueber die Anwendung des Parachlorphenols bei einigen Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1897.*

In Glycerinlösung ($^1/_2$—100proc.) wirkt das Parachlorphenol stark desinficirend und anästhesirend, namentlich wirkt es günstig, ja oft heilend auf tuberculöse Affektionen der oberen Luftwege; ebenso wirkt es auf Infiltrate und verschiedene ulceröse Processe. Bei bösartigen inoperablen Neubildungen dient das Parachlorphenol als gutes Palliativ; stets muss man aber streng individualisiren je nach der Sensibilität des Patienten.

SCHECH.

15) **Magenau. Therapeutische Versuche mit Phenolum sulforicinicum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1897.*

In 20—30proc. Lösung wurde das Mittel 2—3 mal wöchentlich applicirt ohne Intoxitationserscheinungen oder unangenehme Nebenerscheinungen. Die Application auf blutende Flächen resp. nach Scarificationen ist zu widerrathen; leichtere Fälle besserten sich, vorgerückte blieben ungebessert; auffallend war stets nur die Besserung der subjectiven Beschwerden. Bei Pharyngitis sicca schwand das Trockenheitsgefühl schon nach wenigen Pinselungen. Das Pariser Präparat aus der Pharmacie P. Yvon ist allen anderen vorzuziehen.

SCHECH.

16) **Einhorn** und **Heinz. Orthoform. Ein Localanästheticum für Wundschmerz, Brandwunden, Geschwüre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 34. 1897.*

Das Orthoform ist vollständig ungiftig; ausser bei Fuss- und Unterschenkelgeschwüren und Magengeschwüren ist es besonders bei Kehlkopfulcerationen zu empfehlen, wo dasselbe, wie Referent bestätigen kann, viel längere Zeit anästhesirend wirkt als das Cocain. Es wird als Pulver aufgeblasen, doch hat Einhorn auch ein salzsaures Salz erfunden, das leicht in Wasser löslich ist. Auf der intacten Schleimhaut ist dasselbe, wenigstens nach den bisherigen Versuchen, wirkungslos.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Horace Clark. Reflexwirkungen intranasaler Erkrankung in Rachen und Mund. (Reflex effects of intranasal disease in the pharynx and mouth.)** *Buffalo Med. Journal. Januar 1897.*

C. berichtet über zwei Fälle von reflectorischer Dysphagie, verursacht durch sehr heftige Nasen- und Rachenentzündung, die durch nasale Behandlung geheilt wurden. Die Bahn des Reflexes scheint die sensorische Wurzel des Trigeminus in ihrer Verbindung mit dem Ganglion Gasseri vermittelt zu haben. Der nächste Weg führt dann durch das Carotisgeflecht des oberen Cervicalganglions des Vago-Sympathicus, dessen Fasern sich auf den Pharynx und den Oesophagus vertheilen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

18) **T. Stachiewicz. Ueber nasale Reflexneurosen. (O nerwicach zwrotnych nosowych.)** *Przeglad lekarski. No. 38. 39. 1897.*

Nachdem Verf. die allgemein bekannten Anschauungen über die Reflexneurosen nasalen Ursprungs besprochen hat, beschreibt er 6 von ihm beobachtete Fälle, welche nach des Ref. Ansicht nicht alle als Reflexneurosen aufzufassen sind.

A. SOKOLOWSKI.

19) **Gönner** (Basel). **Ueber Heufieber.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 8. 1897.*

Verf. wurde zum näheren Studium des vorliegenden Gegenstandes u. a. namentlich durch die Beobachtung angeregt, welche er mit Anderen theilt, dass das Heufieber in neuerer Zeit häufiger zu werden scheint. Er empfiehlt eine bezügliche Sammelforschung und hat auch in der Schweiz eine solche eingeleitet. Die Zahlen derselben sind sehr gering ausgefallen. Die Fragebögen wurden nur an 93 Aerzte gesandt und nur 57 haben darauf reagirt. Es ergiebt sich: Das Heufieber ist eine Erkrankung der wohlhabenderen Stände. Es kommt am häufigsten zwischen dem 20.—30. Jahre vor; beginnt aber oft schon in früher Jugend. Nervöse Anlage, Alkohol, Thee und Tabak scheinen nicht zu disponiren. Die schwere Form mit Asthma ist relativ häufig. Dauernde Schädigung der Gesundheit durch Emphysembildung darf vermuthet werden.

Die Therapie erwies Chinin innerlich und local und Cocain local als am

wirksamsten: Jodkali bewährt sich gegen das Asthma. Eigentliche Heilung wird nicht erlangt.

JONQUIÈRE.

20) **W. F. Strangeways. Heufieber. (Hay fever.)** *The Laryngoscope. April 1897. The Physician and Surgeon. Juni 1897.*

Verf. wiederholt seine Anschauungen über die Ursache und Behandlung des Heufiebers (vergl. Centralblatt, September 1896. p. 425).

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

21) **L. Réthi** (Wien). **Die nasale Bronchitis.** *Wiener med. Presse. 1897. No. 2.*

R. constatirt, dass mitunter Bronchitiden mit und ohne Asthma von der Nase aus günstig beeinflusst werden, ohne dass sich in derselben Krankheitserscheinungen vorfinden würden.

CHIARI.

22) **J. W. Park. Mittheilung interessanter Nasen- und Halsfälle. (Report of interesting nose and throat cases.)** *The Laryngoscope. März 1897.*

Verf. erwähnt einen Fall von Niesen in Folge von Augenüberanstrengung, ferner ein Angiom der unteren Muschel und einen Fall von laryngealem Reflexhusten, der durch Entfernung der Mandeln geheilt wurde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

23) **Redact. Notiz. Kopfschmerz nasalen Ursprungs. (Headache of nasal origin.)** *N. Y. Med. Record. 6. März 1897.*

Der nasale Kopfschmerz ist gewöhnlich beim Erwachen da, während der durch Ueberanstrengung der Augen verursachte nicht später, als am Tage nach dem übermässigen Gebrauch der Augen auftritt.

LEFFERTS.

24) **T. P. Berens. Epilepsie gebessert durch intranasale Behandlung. (Epilepsy relieved by intranasal treatment.)** *The Laryngoscope. Januar 1897.*

30jähriger Mann, seit seiner Kindheit an Epilepsie leidend. Die Anfälle traten während der Nacht ein, in wechselnder Häufigkeit, zeitweise nur 4 oder 5mal im Monat. An der rechten Seite des Nasenseptums sass eine Spina, die die untere und mittlere Muschel berührte. Nach Entfernung derselben trat 6 Monate kein Krampfanfall auf. Dann in einer Erkältung kam ein neuer. Später wurde die untere Nasenmuschel cauterisirt. Seit über 1 Jahr ist jetzt kein Anfall mehr vorgekommen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **Luzzati. Leichte Form von psychischer Reizung infolge von endonasaler Operation. (Forme légère d'excitation psychique à la suite d'une opération endonasale.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 2. Februar 1897.*

Verf. berichtet über eine leicht hysterische Frau, bei der er eine hypertrophirte Partie der mittleren Nasenmuschel mit der kalten Schlinge ohne Cocain abtrug. Es trat eine nervöse Ueberrreizung ein, die einen Tag lang anhielt und sich durch Unruhe, übertriebene Heiterkeit, ungewohnte Schwatzhaftigkeit und Beschleunigung von Puls (90 : d. M.) und Athmung geltend machte.

E. J. MOURE.

26) **Treitel** (Berlin). **Ueber den Zusammenhang von Magen- und Nasenleiden.** *Arch. f. Verdauungs-Krankh. III. Bd. 3. Heft. 1897.*

Zunächst kann die Behinderung der Nasenathmung in Folge von Schwellungen der Muscheln, Polypen, adenoiden Wucherungen etc. schon allein dadurch schädigend auf die Verdauung wirken, dass der Kranke gezwungen ist, die Speisen möglichst schnell hinunter zu befördern. Ein zweites mechanisches Moment geben die Borken ab, zu denen das aus der Nase abfliessende Sekret an der Rachenwand eintrocknet. Das Räuspern und Würgen, um dieselben zu entfernen, erzeugt sehr leicht Brechreiz. Dann sind es die chemischen Eigenschaften des Sekretes, welche die Nahrungsaufnahme und die Verdauung beeinträchtigen. Ein nicht zu unterschätzendes Moment hinsichtlich der Entstehung von Magenstörungen ist der üble Geruch und Geschmack, den der Naseneiter hervorruft.

SEIFERT.

27) **P. Viollet. Strabismus nach einer Cauterisation der Nasenschleimhaut. (Strabisme consécutif à une cautérisation de la muqueuse nasale.)** *Annal. d'oculistique. Juni 1897.*

6jähriges Kind, in Behandlung wegen Hyperplasie der Nasenmuscheln. Dieselben waren bereits 3 oder 4 mal cauterisirt worden, als beim 5. Male das Kind sich trotz vorheriger Cocain-Anaesthesirung heftig sträubte, so dass man es mit Gewalt halten musste. Am folgenden Tage ist ein Strabismus convergens am rechten Auge zu constatiren. Verf. spricht sich über die Pathogenese dieser Complication nicht weiter aus; er schiebt alles auf den nervösen Shock und den Schrecken.

A. CARTAZ.

28) **Castex. Pathologische Beziehungen zwischen Nase und Augen. (Rapports pathologiques entre le nez et les yeux.)** *France méd. 9. April 1897.*

Vorlesung, in der Verf. die therapeutischen Indicationen der durch nasale Störungen verursachten Augenerkrankungen und die wichtigsten Publicationen über diesen Gegenstand bespricht. Verf. berichtet dabei über einen neuen Fall von doppelseitiger Hemianopsie in Folge von Ozaena.

A. CARTAZ.

29) **J. D. Simpson. Mittelohrerkrankung in Beziehung zu Nasen- und Nasenrachenraumkrankheiten. (Middle ear disease in relation to diseases of the nares and naso-pharynx.)** *Northwestern Lancet. 1. Januar 1897.*

Wo bei Ohrenleiden eine Störung im Nasenrachenraum vorliegt, soll sie stets in Behandlung genommen werden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

30) **Nikitin. Krankheiten der Nebenhöhlen. (Bolesni pridatotschnich nosowich polostei.)** Petersburg. 1897.

Die Broschüre besteht aus 5 Vorlesungen, die Verfasser am Heleneninstitut gehalten hat, und enthält in übersichtlicher Form das Hauptsächlichste über die Nebenhöhlenaffectionen. Etwas Originelles findet man in derselben nicht, aber bei dem Mangel an Abhandlungen über die Erkrankungen der Nebenhöhlen in russischer Sprache ist der erste zusammenfassende Versuch als zeitgemäss zu be-

zeichnen. Die etwas zu häufigen Druckfehler und Unebenheiten werden hoffentlich in der nächsten Auflage vermieden werden.

P. HELLAT.

31) **Redact. Mittheilung. Die neuere Literatur betreffend die Nasennebenhöhlen. (Recent literature concerning the nasal accessory cavities.)** *The Laryngoscope. Februar 1897.*

Eine Besprechung der Discussion in der American. Med. Association zu Gradle's Vortrag über „die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen" und des Holmes'schens Aufsatzes über „die Keilbeinhöhle und ihre Beziehungen zum Auge" (Archives of Otology).

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

32) **B. T. Travis. Erkrankungen und Behandlung der Nasennebenhöhlen. (Diseases and treatment of the accessory sinuses of the nose.)** *International Journal of Surgery. Januar 1897.*

Ein Uebersichtsartikel.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

33) **G. M. Peavler. Krankheiten der Nasennebenhöhlen. (Diseases of the accessory cavities of the nose.)** *Med. and Surg. Reporter. 30. Januar 1897.*

Nichts besonders Erwähnenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **F. B. Sprague. Empyem der Nasennebenhöhlen. (Empyema of the nasal accessory cavities.)** *Atlantic Med. Weekly. 6. u. 13. Februar 1897.*

Kurze Uebersicht über die Anatomie der Nasennebenhöhlen, ihre Erkrankungen und ihre Behandlung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

35) **F. Magro** (Sevilla). **Einige Betrachtungen über die Empyeme der Nebenhöhlen der Nase. (Algunas consideracionas sobre las empiemas de los senos de la nariz.)** *Revist. de Medic. y Cir. Pract. No. 527. 1897.*

Anschliessend an zwei Fälle aus seiner Klinik meint Verf., dass die Auswaschungen des Sinus durch ihre natürlichen oder künstlichen Oeffnungen hindurch mehr als diagnostisches denn als therapeutisches Mittel angewandt werden sollten. Im Allgemeinen sei eine ausgedehnte Trepanation der Wände der Nebenhöhlen der Nase vorzuziehen, denn dies wäre ein relativ sehr bequemer Weg, um in alle zerstörten Gegenden der Sinus hineinzugelangen und die vorhandenen Sequester und fungösen Massen entfernen zu können.

R. BOTEY.

36) **S. Trask. Multiple Polypen der Nasennebenhöhlen. (Multiple polypi of the nasal accessory cavities.)** *Pacific Med. Journal. Januar 1897.*

Die Polypen gaben zu häufigen und reichlichen Blutungen Anlass. In der Meinung, dass eine radicale Operation oder Heilung nicht nothwendig und nicht gerechtfertigt war, trug der Verf. einfach so viel von der Geschwulstmasse ab, dass die Athmung frei wurde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

37) **Herbert Tilley** (London). **Chirurgische Anatomie der Stirnhöhlen mit Bemerkungen über vier chirurgisch behandelte Fälle. (Anatomie chirurgicale des sinus frontaux avec quatre cas traités chirurgicalement; remarques.)** *Revue internat. de rhinologie etc. No. 1. Januar 1897.*

Verf. bespricht die vorkommenden Variationen im Umfang, in der Lage etc.

der Stirnhöhlen und legt die verschiedenen Behandlungsmethoden für die Erkrankungen derselben dar. Er selbst empfiehlt, wenn Ausspülungen nicht sehr schnell zum Ziele führen, die Trepanation und das Curettement.

E. J. MOURE.

38) **Killian** (Freiburg). **Ueber communicirende Stirnhöhlen.** *Münchener medic. Wochenschr. No. 35. 1897.*

Die Oeffnungen im Septum frontale können auf verschiedene Weise entstanden sein und handelt es sich entweder 1. um eine anatomische Bildung analog dem Foramen accessorium der Kieferhöhle oder 2. um eine Durchbruchsöffnung, entstanden in Folge Durchbruchs des Eiters aus einer Stirnhöhle in die andere oder 3. um eine Verletzung des Septum frontale. Killian sah eine linsengrosse Oeffnung im häutigen Theile des Sept. front. an einem normalen Schädel, doch kann auch der Eiter perforirt sein. Referent sah auch einen derartigen Fall bei einem doppelseitigen Empyem, ebenso wie Schäfer, Jansen und Andere.

SCHECH.

39) **Gradenigo. Ueber das klinische Bild der acuten Entzündung des Sinus frontalis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1897.*

Sie tritt immer einige Tage oder Wochen nach einem Schnupfen auf mit neuralgischen Schmerzen in der Sinusgegend. G. hält für das wichtigste Symptom Schmerzhaftigkeit bei Klopfen gegen die vordere Sinuswand.

Die Therapie besteht in der Verabreichung von Phenacetin, Chinin oder Antipyrin, in der Anwendung des constanten Stromes und in lauwarmen Kochsalzspülungen. Referent sah grosse Erleichterung von der Einathmung von Mentholöl auf heissem Wasser von einem enghalsigen Medicinfläschchen.

SCHECH.

40) **Gradenigo** (Turin). **Ueber die klinischen Symptome der acuten Stirnhöhlenentzündung. (A propos des signes cliniques de la sinusite frontale aigue.)** *Annal. des malad. de l'oreille etc. No. 6. Juni 1897.*

Verf. macht auf eine Form der Nebenhöhlenentzündung aufmerksam, die stets, wenn auch nicht unmittelbar, einem acuten Schnupfen folgt und oft mit Supraorbitalneuralgie verwechselt wird. Als Therapie empfiehlt Verf. Pinselung des Hiatus mit Cocain von 10pCt., wodurch der Secretabfluss und die Ausspülung des Sinus mit Salzwasser ermöglicht wird.

E. J. MOURE.

41) **Q. Silcock. Mucocele und Empyem der Stirnhöhle mit Krankengeschichten. (Distension by mucous and empyema of the frontal sinus with illustrative cases.)** *Practitioner. März 1897.*

Krankengeschichten und Photogramme von 4 Fällen. Die beste Operationsmethode ist die Anlegung des Schnittes in der Linie der Augenbrauen gerade über die Höhe der Schwellung. Der Boden der Höhle wird eröffnet und ein Drain nach der Nase hin gelegt. Zur Drainirung eignet sich am meisten die Spiral-Draht-Tube.

ADOLPH BRONNER.

42) **H. Tilley. Bemerkungen über die operative Behandlung eines Falles von doppelseitigem Stirnhöhlenempyem complicirt mit beiderseitiger Highmorshöhleneiterung. (Remarks on the operative treatment of a case of double frontal sinus empyema complicated by double antral suppuration.)** *British Med. Journal. 23. Januar 1897.*

38jähriger Mann, der vor 20 Jahren einen grossen Abscess über der Stirnhöhle gehabt hatte. 5 Jahre lang hatte eine Fistel bestanden. Jetzt waren zahlreiche Nasenpolypen und in den Stirnhöhlen und beiderseits im Antrum Eiter zu constatiren. Die Sinus wurden eröffnet und drainirt; in 2 Monaten war Pat. geheilt.

ADOLPH BRONNER.

43) **Photiades. Eine neue Methode der post-operativen Behandlung bei Stirnhöhlenempyem. (Une méthode nouvelle de traitement post-opératoire des empyèmes du sinus frontal.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx. No. 5. Mai 1897.*

Nach dem Curettement der Höhle lässt Verf., um eine „beständige Durchlüftung" zu erzielen, eine den Tracheotomiecanülen ähnliche Silbercanüle in dem Sinus liegen. Er hat dies Verfahren 2mal mit dem glücklichsten Erfolge angewendet.

E. J. MOURR.

44) **Rafin. Stirnhöhlenentzündung mit Gehirnabscess. (Sinusite frontale; abscès de cerveau.)** *Lyon méd. 13. Juni 1897.*

25jährige Frau erkrankt im December 1894 im Anschluss an Coryza mit einer Schwellung in der Gegend der linken Augenbraue. Es bildet sich ein Abscess, der incidirt wird; mehrere Sequester werden später ausgestossen; es entwickelt sich eine Stirn- und Siebbeinhöhlenentzündung mit Verlust des Gesichts und mit Symptomen doppelseitiger Neuritis. Operation im Juli 1895. Eröffnung der Stirnhöhle, Drainage der Siebbeinzellen, die man gesund befindet, ebenso wie die Keilbeinhöhle. In der Tiefe der Stirnhöhle besteht eine Schwellung, die mit der Pravaz'schen Spritze ohne Resultat punktirt wird. Ein paar Tage später constatirt man, dass eine Sonde in der Richtung des Stirnlappens vordringt. Im September 1896 Incision der Dura mater und Eröffnung eines grossen Abscesses an der Basis des Stirnlappens. Eine Zeit lang geht alles gut, bis im Januar 1897 Krampfanfälle auftreten. Breite Trepanation über der Stirnhöhle; der alte Abscess wird freigelegt, doch findet sich kein Eiter. Dreimal wird in das Gehirn eingestochen, ohne Resultat. Dann plötzliche Besserung. Es bleibt nichts zurück, als eine Fistel der Siebbeinzellen.

A. CARTAZ.

45) **J. Zamazal** (Wsetin). **Ein Fall von chronischem Gehirnabscess mit Durchbruch ins Antrum frontale.** *Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1897.*

Ein Förster beklagte sich über linksseitige Stirnkopfschmerzen, die intermittirend seit 2 Jahren bestehen sollen. — Am linken oberen Augenlide befand sich eine grosse Narbe, die von einem Trauma herrührte und seit jener Zeit datirten die Kopfschmerzen. — Dazu gesellte sich nun Epistaxis, weswegen Z. consultirt wurde. Die Untersuchung ergab, dass es sich in diesem Falle um eine

Erkrankung des Cerebrums oder seiner Häute handeln müsse, schon mit Rücksicht auf das stattgehabte Trauma. Einige Tage hernach trat Exitus ein, und zwar nach Angabe der Krankenwärterin, „nachdem aus der Nase viel Eiter und Blut gekommen war". Z. erklärt den Fall folgendermassen: Das auf die linke Stirngegend einwirkende Trauma hat in der Gegend des Gyrus frontalis III. und vorwiegend wieder in seinem vorderen Antheile einen chronischen Abscess mit chronischer Entzündung der Gehirnhäute zur Folge gehabt, welcher zur Verklebung der Gehirnhäute unter einander und dieser mit dem Stirnbein und besonders mit seiner inneren, die Hinterwand des Antrum frontale bildenden Lamelle geführt hat. Der Abscess durchbrach die Gehirnhäute, usurirte diese Lamelle, arrodirte die Blutgefässe der Schleimhaut des Antrum frontale, wodurch die Blutung veranlasst wurde. Schliesslich brach er in das Antrum durch und fand so seinen Ausweg.

CHIARI.

46) **Blessig** und **Tiling. Mittheilung über einen Fall von Empyem der Stirnhöhle mit Durchbruch in die Orbita und in die Schädelhöhle.** Protokoll des Vereins St. Petersburger Aerzte. — *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 26. 1897.*

Der Fall ist durch die vollständige Symptomlosigkeit von Seiten der Stirnhöhle bis zum Durchbruch in die Orbita bemerkenswerth.

P. HELLAT.

47) **Thomas Thelwall** (Liverpool). **Exostose der Stirnhöhle. (Exostosis of frontal sinus.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1897.*

Die knöcherne Geschwulst, die bei einer 46jährigen Frau glücklich entfernt wurde, ging von der Innenwand der Höhle aus.

P. Mc. BRIDE.

48) **Luc** (Paris). **Eitrige Meningitis nach Abtragung eines Sarcoms der Stirnhöhle. Eröffnung des Schädels und Abspülung der Pia mater. Heilung. (Méningite suppurée consécutive à l'ablation d'un sarcome du sinus frontal. Ouverture du crâne et lavage de la pie-mère. Guérison.)** *Académie de Medecine. 2. März 1897.*

Die Patientin hatte in der Gegend der rechten Augenbraue eine Geschwulst, die eine Cyste oder ein Empyem der Stirnhöhle zu sein schien. Luc nahm die Resection der vorderen Wand der Höhle vor, wobei eine colloide Flüssigkeit herausfloss. Die fungösen Massen, die mittelst der Curette entfernt wurden, erwiesen sich als ein Spindelzellen-Sarcom. In dem Sinus entwickelte sich secundär eine Eiterung, die einen neuen Eingriff nöthig machte. Dabei wurde eine Fortsetzung des Tumors in die Orbita entdeckt, die nach Resection der oberen Orbitalwand abgetragen wurde. 8 Tage darauf erschienen Symptome von Encephalitis (linksseitige Parese). Bei der dritten Operation nun perforirte Luc die hintere Wand der Höhle, incidirte die Dura mater und fand auf der Fläche der Pia ein eitriges Exsudat. Er wusch und desinficirte die Pia. Die Kranke erwachte aus ihrem Coma und wurde trotz einer kurzen septischen Pneumonie, die sich noch einstellte, schliesslich ganz geheilt.

PAUL RAUGÉ.

49) **G. Wilkin. Trepanation der Stirnhöhle. (Trephining the frontal sinus.)** *Brit. Med. Journal. 13. Februar 1897.*

Beschreibung eines Falles. ADOLPH BRONNER.

50) **Nélaton** (Paris). **Trepanation der Stirnhöhle. (Trépanation du sinus frontal.)** *Société de chirurgie. 19. Mai 1897.*

Es handelt sich um eine alte fistulöse Eiterung, die durch das Vorhandensein eines Drains unterhalten wurde. N. machte eine Incision in der Gegend der Augenbrauen und legte durch Trepanation die ganze Stirnhöhle offen.

PAUL RAUGÉ.

51) **Frank W. Thomas. Die Erkrankungen der Stirnhöhle und ihre Behandlung. (Diseases of the frontal sinuses and their treatment.)** *Medical News. 6. März 1897.*

Der Autor ist der Meinung, dass über dem Enthusiasmus für die locale Behandlung die Beachtung des Allgemeinzustandes und der Verhältnisse der Circulation nicht genügend gewürdigt wird. LEFFERTS.

52) **Foucher. Necrose des Os sphenoidale.** *Wiener klin. Wochenschr. Referat. No. 18. 1897.*

4 Jahre post infectionem bot eine Frau mit unbehandelter Lues folgende Erscheinungen dar: Eingesunkensein der Nase, stinkende Exspiration und complete Zerstörung des weichen Gaumens; Rachen und Nasenhöhlen, sowie die Tonsillen eitrig belegt. In der Nasenhöhle stösst die Sonde mehrfach auf entblössten Knochen. Nach mehreren Wochen antisyphilitischer Behandlung stossen sich nekrotische Theile ab, worunter ein grosser 3 cm im grössten Durchmesser haltender Sequester während des Kauactes per os ausgespuckt wurde. F. hält dieses Stück für den abgestossenen Körper des Keilbeines. CHIARI.

53) **J. H. Farber. Acute und chronische eitrige Ethmoiditis, ihre Ursache, Diagnose und Behandlung; nebst Bemerkungen über die Anatomie des Siebbeins. (Ethmoiditis suppurativa, acuta and chronica, cause, diagnosis and treatment with the anatomy of the ethmoid.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. Januar 1897.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

54) **M. Reichert** (Berlin). **Ueber die chronische Schleimhaut-Entzündung des Siebbeins und ihre Beziehung zum Empyem der Siebbeinzellen und der Oberkieferhöhle.** (Nach einem Vortrage in der laryng. Section der 68. Vers. deutsch. Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M.) *Wiener klinische Rundschau. No. 18 u. 19. 1897.*

Nach eingehender Erörterung der geschichtlichen Entwickelung von der gegenwärtigen Anschauung über obige Erkrankung theilt R. seine Beobachtungen mit, die er an 30 Fällen verschiedener Siebbeinaffectionen machte. Von diesen 30 Fällen waren, mit Ausnahme von 5, alle mit irgend welchen Anomalien an den Nasenmuscheln oder am Septum combinirt und geben dieselben nach R.'s An-

sicht eine Entwickelungsreihe der leichten bis zur schwersten Form der relativ häufigen Erkrankung, welche im Anfange als eine chronische, von acuter oder chronischer Infectionskrankheit herrührend und vielleicht durch die betreffenden Mikroben unterhaltene Schleimhautentzündung der Siebbeinzellen sich darstellt. — Zu den leichten Fällen rechnet R. jene, bei denen rhinoskopisch sich die Nasenschleimhaut besonders in der Umgebung der Bulla ethmoidalis geröthet und geschwellt zeigt, die Secretion eine recht mässige ist und die subjectiven Beschwerden meist nur in dem Gefühle einer dauernden Verstopfung im oberen Theile der Nase bestehen. Auch in diesem Stadium räth R. schon zur operativen Therapie des Siebbeins. Zum zweiten Stadium zählt R. alle jene Fälle, bei welchen Polypenbildung in der Nase zu constatiren ist, die Knochenwand usurirt oder verdickt ist, desgleichen verdickt ist die Schleimhaut der Aussenfläche. Auch hierbei beobachtete R. noch geringe Secretion. Das dritte Stadium endlich inbegreift jene Fälle chronischer Eiterung, die mit umfänglicher Nekrose oder Caries der Siebbeinzellen, Granulationswucherungen im Siebbein und Polypenbildung einhergehen.

R. steht in der Frage der Polypenbildung und Sinuseiterung auf dem Standpunkte von Woakes und behauptet, dass Polypenbildung meist als Folge dieser Siebbeineiterungen aufzufassen ist.

CHIARI.

55) **John M. Mackenzie. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Siebbein-Erkrankung. (A contribution to the pathological anatomy of ethmoid disease.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Januar 1897.*

Auszug aus einem auf dem 18. Congress der American. Laryngological Association gehaltenen Vortrag (vergl. den Verhandlungsbericht) mit Abbildungen mikroskopischer Präparate.

LEFFERTS.

56) **G. V. Miller. Ozaena; Necrose der Nasenscheidewand; Siebbeinentzündung; Complication von Seiten des Gehirns; Tod. (Ozaena. Necrosis of nasal septum. Ethmoiditis. Brain complication. Death.)** *Brit. Med. Journ. 10. April 1897.*

18jähriger junger Mann hatte 2 Krampfanfälle und wurde plötzlich blind. Es bestand fötider Ausfluss aus der Nase; Erkrankung der Siebbein- und Keilbeinhöhle. Diese wurden ausgekratzt. Neue Krämpfe; Tod nach 3 Tagen. Keine Section. (Ob die Erkrankung nicht specifisch war? Ref.)

ADOLPH BRONNER.

57) **J. Arkövy** (Budapest). **Ueber Winterkrankheiten in der stomatologischen Praxis.** *Oesterr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. 1. H. 1897.*

Verf. nimmt u. A. an, dass es eine Neuralgia catarrhalis antri Highmori giebt, die bei einigen Individuen nach acutem Schnupfen auftritt, welche gewöhnlich ohne Nasensecretion neuralgische Schmerzen im Kiefer und in den Zähnen verursacht.

CHIARI.

58) **Sendziak. Sanatio spontanea empyematis antri Highmori.** *Kronika lekarska. No. 2. 1897.*

Bei einem 30jährigen Manne, welcher seit einigen Jahren Erscheinungen eines Empyems darbot, wurde nach Extraction des I. Molarzahnes einige Tage

darauf eine Masse von stinkendem Eiter und spontan zwei Knochensequester entfernt (der eine stellte einen Theil des Processus alveolaris, der zweite den unteren Theil der vorderen Wand des Antrum Highmori dar.) SOKOLOWSKI.

59) **Berchoud** (Lyon). **Empyem der Kieferhöhle. (Empyème du sinus maxillaire.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 10. Februar 1897.*

Vorstellung eines Patienten, der seit 4 Jahren an Empyem der Highmorshöhle litt, trotzdem ein Drain von der Alveole aus eingelegt war. Die breite Eröffnung des Antrum von der Fossa canina aus, die Gangolphe vornahm, führte in 1 Monat vollständige und dauernde Heilung herbei. PAUL RAUGÉ.

60) **Boucheron. Antistreptococcenserum bei acuter Kieferhöhlenentzündung und acuter Phlegmone des Thränensacks. (Serum antistreptococcique dans la sinusite maxillaire aigue et le phlegmon aigu du sac lacrymal.)** *Société de biologie. 27. Februar 1897.*

B. berichtet über 2 Fälle, bei denen durch Injectionen von Marmorekschem Serum locale Abscesse zum Stillstand und zur Heilung kamen. Die eine Patientin, eine Frau von 38 Jahren, die an Leukorrhoe mit Streptokokkenbefund litt, bekam eine Highmorshöhlenentzündung, charakterisirt durch Schmerzen, Verdunkelung der Kieferhöhlengegend bei der Durchleuchtung, Oedem daselbst, Fieber und schlechten Allgemeinzustand. Nach 3 Seruminjectionen hören die Schmerzen auf, die Localsymptome verschwinden und die Höhle wird wieder durchleuchtbar.

Der zweite Patient, ein Mann von 55 Jahren, erkrankte mit eitriger Conjunctivitis und acuter Phlegmone des Thränensacks. Er wurde durch Seruminjectionen rasch geheilt. A. CARTAZ.

61) **J. J. Kyle. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of the antrum.)** *Indiana Med. Journal (Indianopolis). März 1897.*

Berichte über 3 Fälle; nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

62) **Sefton Sewill. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of antrum.)** *Brit. Med. Journ. 13. März 1897.*

S. beschrieb am 4. März vor der Harveian Society of London die Technik der Behandlung des Empyems der Kieferhöhle vom zahnärztlichen Standpunkt aus. Nichts Neues. SEMON.

63) **J. F. Potter. Die Durchleuchtung bei der Diagnose des Empyems der Highmorshöhle. (Transillumination in the diagnosis of empyema of the antrum of Highmore.)** *Bristol Medical Journal. 13. März 1897.*

Verf. schreibt der Durchleuchtung keinen grossen Werth für die Diagnose zu; er empfiehlt eine Probepunction mit dem Lichtwitz'schen Trocart.

ADOLPH BRONNER.

64) **Barclay Baron. Die Symptome und Behandlung der chronischen Eiterung der Kieferhöhle. (The symptoms and treatment of chronic suppuration of the maxillary antrum.)** *Bristol Medico-Chirurgical Journal. März 1897.*

Verf. zählt die Symptome der Krankheit auf und kritisirt die verschiedenen

Operationsmethoden. Für die meisten Fälle hält er die Eröffnung der Höhle durch die Alveole oder oberhalb derselben für rathsam. ADOLPH BRONNER.

65) **M. Weil** (Wien). **Zur Pathologie und Therapie der Eiterungen der Nasennebenhöhlen, insbesondere der Kieferhöhlen.** *Wiener medicin. Wochenschrift. No. 16—20. 1897.*

W. berichtet über hundert verschiedene Empyeme, darunter über 25 Kieferhöhleneiterungen. Unter den angeführten Krankengeschichten befindet sich eine, womit W. die noch vielfach bestrittene Ansicht bekräftigen will, dass die Polypenbildung durch die Eiterung und nicht umgekehrt hervorgerufen wird. Sodann erörtert der Verf. die Entstehungsursachen der Empyeme und meint, dass alle Empyeme durch Infection von der Nase her entstehen, glaubt ferner, dass die Empyeme wie alle akuten Schleimhautentzündungen die Tendenz haben spontan zu heilen, und wenn dies nicht der Fall ist, sie also chronische Empyeme werden, so entstehen solche nur durch ungünstige anatomische Verhältnisse, indem sich der Eiter nicht vollständig entleeren kann. Sein Verfahren besteht im Allgemeinen vorerst in Sondirung und Probeausspülung vom Ostium maxillare mit dem Hartmann'schen Röhrchen. Als Spülflüssigkeit benützt W. nur mehr abgekochtes Wasser mit etwas Kochsalz. Wenn die erste Ausspülung nicht bald gelingt, so macht Verf. die Probepunction durch den unteren Nasengang. CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

66) **B. v. Dzierzawski. Ein neues Factum aus der Anatomie des Mundes. (A new point in the anatomy of the mouth.)** *N. Y. Med. Journal. 1. Mai 1897.*

Wenn man die Lippen nahe dem Mundwinkel fasst und nach aussen und ein wenig nach hinten zieht, so sieht man bei vielen Leuten Schleimhautfalten, die sich von den Lippen zum Zahnfleisch erstrecken. Verf. bezeichnet diese Falten, die seines Wissens noch nicht beschrieben sind, als Frenula labiorum lateralia. Der gewöhnlichste Typus derselben, den Verf. bei 39 von 67 untersuchten Personen fand, ist der, dass eine ziemlich starke Falte von 3—5 mm Weite das Zahnfleisch in der Mitte des 1. Molarzahns trifft. Seltener sah Verf. andere Typen; im Ganzen zählt er 5 auf. An der Unterlippe ist die seitliche Falte mit ihrem Zahnfleischende gewöhnlich etwas weiter nach vorn gelegen, als an der Oberlippe.

Diese seitlichen Frenula können praktische Wichtigkeit erlangen. Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen kleine Geschwüre so gelegen waren, dass der Secretabfluss durch die Falten behindert schien; in beiden Fällen musste erst das Frenulum mit der Scheere durchschnitten werden, ehe die Geschwüre heilten.

LEFFERTS.

67) **W. J. Brandt. Ulcerirender Naevus an der Lippe eines Kindes als Ursache von Hasenscharte. Spontane Heilung. (Ulcerating naevus of the lip of a child producing hare lip. Spontaneous cure.)** *N. Y. Med. Journ. 19. Juni 1897.*

Das Kind hatte bei der Geburt einen oberflächlichen Naevus an der linken

Hälfte der Oberlippe. Derselbe vereiterte bald und 21 Tage nach der Geburt war er erweicht und brach durch, so dass die Lippe gespalten war und eine erworbene Hasenscharte vorlag. Nach 2 Monaten reinigten sich die Ränder der Spalte und es kam sehr rasch zur Verklebung und festen Verwachsung. An die Stelle des Naevus trat Narbengewebe, das die Spalte immer mehr verkleinert. Das Kind ist jetzt 17 Monate alt und B. will die spontane vollständige Heilung abwarten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Du Castel** (Paris). **Zur Differentialdiagnose des syphilitischen Schankers und des Epithelioms der Lippe. (Diagnostic différential du chancre syphilitique et de l'epithélioma de la lèvre.)** *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques. 10. Juni 1897.*

Das Epitheliom der Lippe tritt in zwei Formen auf, einer oberflächlichen und einer vegetativen. Der syphilitische Schanker hat eine viel gleichmässigere Oberfläche, seine Ränder sind weniger erhaben und die Drüsenschwellung tritt sehr viel früher ein.

PAUL RAUGÉ.

69) **Cessan. Leucoplasie und Epitheliom der Wange. (Leucoplasie et epithéliome de la joue.)** *Société anatomique de Paris. 5. April 1897.*

Verf. stellt fest, dass beide Affectionen gleichzeitig an der Innenfläche der Wangen vorkommen können.

PAUL RAUGÉ.

70) **Böhm** (Barmen). **Ueber die Methode der Scarification und Excision des Zahnfleisches bei Erkrankungen in der Dentitionsperiode.** *Der prakt. Arzt. 9. 1897.*

B. empfiehlt auf Grund seiner langjährigen Erfahrung die alte englische Methode der Scarification und Excision des Zahnfleisches bei erschwertem Zahndurchbruch.

SEIFERT.

71) **Fedorow. Die wissenschaftliche Grundlage der Hygiene des Mundes und der Zähne. (Nautschnija osnawaniga gigieni rta u subow.)** Mittheilung in der Gesellsch. der Marineärzte zu St. Petersburg. — *Medicinskoje pribowlenije k morskomu sborniku. März 1897.*

Die zersetzlichen und zersetzenden Bestandtheile in der Mundhöhle bilden sich aus den Speiseresten und den Bacterien des Schleimes. Diese setzen sich in den Zahnlücken und Buchten fest. Die Caries ist also immer örtlichen Ursprungs. Gegen dieselbe ist zu rathen: mechanische Reinigung der Zähne, Kauen von Nahrungsmitteln, die feste Bestandtheile enthalten müssen und zwar beiderseits. Zur Zeit von Epidemien ist die Mundhöhle zu desinficiren.

P. HELLAT.

72) **Hugenschmidt. Mund und Rachen und deren Resistenz gegen pathogene Organismen.** *Wiener med. Blätter. Referat. No. 9. 1897.*

Verf. untersuchte experimentell die Frage, warum Wunden in der Mundhöhle so selten inficirt werden und fand als Ursachen 1. die baktericide Wirkung des Speichels, 2. die mechanische Speichelwirkung und unter Anderem auch die

constante normale Desquamation des Epithels, welche eine Menge von Mikroben mit abstösst.

CHIARI.

73) **C. E. Fiedeldy** (Haarlem). **Ueber prophylactische Mundreinigung bei Säuglingen. (Over prophylactische mondreiniging bij zuigelingen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 18. 1897.*

G. vertheidigt mit sehr klaren Beweisführungen Epstein's Ansicht, dass die prophylactischen Mundwaschungen bei Säuglingen unzweckmässig und gefährlich sind, und namentlich die Entwicklung des Mundschwammes vielmehr begünstigen, als dass sie dieselbe zu verhüten im Stande wären.

H. BURGER.

74) **C. T. Gramm. Der Mund unserer Schulkinder. (The mouths of our school children.)** *Journal of practical Medicine. Mai 1897.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit von Deformitäten infolge von nasaler Verstopfung und auf die so gewöhnliche Vernachlässigung der Mundpflege.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

75) **M. Richter** (Görz). **Die Mundpflege des Soldaten.** *Der Militärarzt. No. 5, 6. 1897.*

R. weist darauf hin, wie nöthig es wäre, eine tägliche ausgiebige Reinigung der Zähne mittelst Zahnbürste nebst Ausspülung der Mund- und Rachenhöhle mit einer desinficirenden Flüssigkeit bei der Mannschaft vornehmen zu lassen und macht diesbezügliche Vorschläge.

CHIARI.

76) **S. W. Foster. Erkrankung der Mundhöhle ein wesentlicher Factor für Allgemeinerkrankung. (Disease of the oral cavity a potent factor of general disease.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 9. Januar 1897.*

Verf. verlangt, dass an jeder medicinischen Schule die Hauptregeln der Zahnheilkunde gelehrt werden und dass an den Instituten der Zahnheilkunde die allgemeine Medicin und Chirurgie mehr Berücksichtigung erfahren soll.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Montefusco** (Neapel). **Die Desinfection der Mundhöhle.** *Wiener medicin. Presse. Referat. No. 30. 1897.*

M. kam nach vielen Versuchen zu folgenden Schlüssen:

Wiederholte Waschungen der Mundhöhle mit sterilisirtem Wasser und die Anwendung sterilisirter Zahnbürsten bewirken die vollständige Entfernung der im Munde und den Interstitien der Zähne befindlichen Mikroorganismen. Benzoesaures Natron und Borsäure sind fast wirkungslos, bessere Resultate giebt chlorsaures Kali, die besten die Essenzen (0,5 ccm Essenz auf 5 ccm Alkohol und 400 ccm Wasser), 15 Minuten lang wiederholt gegurgelt in folgender Scala: Gewürznelken, Thymian, Anis, Zimmt, Mentha und Ceder.

CHIARI.

78) **G. V. J. Brown. Desinfection des Mundes, ein wesentlicher Factor bei der Behandlung der Grippe. (Disinfection of the mouth a potent factor in the treatment of la Grippe.)** *Journal Am. Med. Assoc. 9. Januar 1897.*

Das Gleiche gilt nach Verf. für die Verhütung und Behandlung anderer Infectionskrankheiten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

79) **A. Renault. Schwere und späte Stomatitis complicirt mit Hämatemesis und Meläna und gefolgt von Lungentuberculose. (Stomatite intense et tardive compliquée d'hématémèse et de melaena. Tuberculose pulmonaire finale.)** *Soc. franç. de dermatologie et syphiligraphie. 11. Februar 1897.*

Es handelt sich um einen 23jährigen Menschen, der nach Injectionen von grauem Oel (Oleum cinereum) eine schreckliche Stomatitis mit intestinalen Blutungen und schliesslich eine Tuberkulose der rechten Lungenspitze bekam. Verf. betont, dass die Methode der unlöslichen Injectionen reelle Gefahren bietet und nur als Ausnahmemethode für besonders schwere Fälle von Lues, die jeder anderen Therapie widerstehen, reservirt werden soll. PAUL RAUGÉ.

80) **Du Castel** (Paris). **Plaques im Munde unbestimmter Natur. (Plaques buccales de nature indeterminée.)** *Soc. franç. de dermatol. et de syphiligraphie. 26. April 1897.*

Junge Frau, früher an Lupus leidend, jetzt geheilt, hat gegenwärtig zwei Leukoplasien auf der Zunge. Besteht zwischen diesen Plaques und dem früheren Lupus ein Zusammenhang? PAUL RAUGÉ.

81) **de Havilland Hall. Herpes der Schleimhaut und Haut. (Herpes of mucous membrane and skin.)** *Brit. Med. Journal. 3. April 1897.*

41jähriger Mann mit Herpesausschlag an der rechten Seite des Gaumens und der Zunge, ferner am rechten Ohr und an der Schläfe, dabei heftige Hustenanfälle und Erbrechen, 6 Tage anhaltend. Sehr starke Abgeschlagenheit. Zur Linderung des Schmerzes musste schliesslich Morphin subcutan gegeben werden.

ADOLPH BRONNER.

82) **Baron** (Paris). **Beziehungen zwischen dem Herpes buccalis und gewissen Formen von Stomatitis. (Rapports entre l'herpès buccal et certaines formes de stomatite.)** *Médecine Moderne. 22. Mai 1897.*

Verf. erinnert an die 3 von Ruault aufgestellten Formen von Stomatitis (die St. ulcero-membranacea von Bergeron, die St. aphthosa specifischen Ursprungs von Rind und die St. diphtheroides von Sevestre und Gaston) und berichtet über einen Fall, in dem das Auftreten umschriebener Bläschen auf der Zungenschleimhaut an eine Herpeseruption denken liess. Es fragt sich, ob es sich in diesem Falle nicht um eine echte Zona lingualis handelte, wie in dem kürzlich von Lermoyez und Barozzi mitgetheilten Falle. (Vgl. das folgende Referat.) PAUL RAUGÉ.

83) **M. Lermoyez** u. **J. Barozzi. Ein Fall von doppelseitiger Zona der Mund- und Rachenschleimhaut. Die Theilung des Herpes pharyngis. (A propos d'un cas de zona double bucco-pharyngien. Le démembrement de l'herpès du pharynx.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 12. Februar 1897. Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 3. März 1897. N. Y. Medical Journal. 13. März 1897.*

Der Fall betrifft einen Mann von 78 Jahren. Die Verff. haben in der Literatur nur einen Fall gefunden, der dem ihrigen gleicht; derselbe ist von Moers

vor 30 Jahren mitgetheilt. Ihr Kranker zeigte an der ganzen oberen Fläche des Mundes eine Eruption, die vollständig symmetrisch war und dem Verlauf der Nervenzweige, speciell den Nn. palatini anteriores folgte. Die Verff. studiren eingehend die 3 Formen des Herpes pharyngis: 1. die Angina herpetica; 2. die Zona pharyngea und 3. den recidivirenden Herpes pharyngis.

E. J. MOURE.

84) **H. Hallopeau** (Paris). **Ein neuer Fall von Lichen planus der Mundschleimhaut in oblatenartigen Plaques und sternförmigen Streifen. (Nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées.)** *Soc. franç. de dermatol. et de syphiligraphie. 11. Februar 1897.*

Die Eruption auf der Zunge coincidirte mit einem typischen Ausschlag von Lichen planus. Es bestanden auf dem Zungenrücken matt-weisse Flecke vom Aussehen einer Oblate. Auf der Wangenschleimhaut sah man opale Streifen derselben Art.

PAUL RAUGÉ.

85) **Dubreuilh** und **Frèche. Der isolirte Lichen planus des Mundes. (Du lichen plan isolé de la bouche.)** *Soc. franç. de dermatologie et de syphiligraphie. 26. April 1897.*

Der Lichen planus der Mundhöhle ist schwer zu erkennen, wenn die Diagnose nicht durch gleichzeitige Hauterscheinnngen geleitet wird. Er stellt sich auf der Zunge dar in Form von weissen glänzenden Plaques, die ein sehr feines Netz um die Papillen bilden. Man sieht in jeder Masche dieses Netzes einen rothen Punkt entspreckend der Papille.

Auf den Wangen bildet der Lichen planus runde hellweisse Körnchen und feine baumartig verzweigte und anastomosirende Züge.

PAUL RAUGÉ.

86) **E. Weill** (Lyon). **Noma im Verlauf eines Typhus. (Noma au cours d'une fièvre typhoide.)** *Société des scienc. med. de Lyon. 17. März 1897.*

Die Complication trat am 20. Tage des Typhus ein. Verf. betont das Missverhältniss, das zwischen der ersichtlichen Läsion und den tieferen Veränderungen besteht, die immer weit ausgedehnter sind, als es den Anschein hat. Darum muss man auch in derartigen Fällen in sehr weitem Umfange eingreifen. Die bakteriologische Untersuchung des serösen Exsudates ergab in W.'s Falle verschiedene Mikroorganismen (Streptokokken und Staphylokokken). Die Affection scheint nicht contagiös zu sein.

PAUL RAUGÉ.

87) **E. Weill** (Lyon). **Behandlung des Noma. (Traitement du noma.)** *Medécine Moderne. 3. April 1897.*

Verf. hebt das Ungenügende der gewöhnlichen Behandlung mittelst mehr oder weniger oberflächlicher Cauterisationen hervor. Es ist nothwendig, sehr tief zu incidiren und den ganzen Krankheitsheerd zu entfernen.

Verf. theilt 3 Fälle mit, bei denen eine tiefe Incision in die erkrankten Partien erwies, dass die tieferen Störungen, sei es an den Weichtheilen der Wange, sei es am Periost des Kiefers, die Grenzen der gangränösen Flecken an Schleimhaut und Haut weit überschritten.

PAUL RAUGÉ.

88) **Albertin** und **M. Pont** (Lyon). **Noma und seine chirurgische Behandlung. (Du noma et de son traitement chirurgical.)** *Province méd. 3. April 1897.*

Noma (von νέμω zerfressen) ist eine gangränöse Erkrankung, die in der absteigenden Phase schwerer Krankheitrn auftritt und sich mit Vorliebe in der Mundhöhle und an den Wangen localisirt; sie kann sich aber auch an anderen Partien zeigen (Noma der Vulva, des Penis, des Scrotums).

Die Verff. geben einen geschichtlichen Ueberblick über dieses Leiden und besprechen seine Pathogenese und Therapie.

Babes und Zambulovici haben bei Noma einen besonderen Bacillus, ein feines kurzes Stäbchen, gefunden, den sie als den Erreger dieser Krankheit ansehen. Culturen desselben erzeugten auf Kaninchen überimpft eine typische Gangrän, analog dem Noma.

Typhus, Scharlach, Pocken, Keuchhusten und besonders die Masern (50pCt. der Fälle) können sich mit Noma compliciren, vornehmlich in der Periode der Reconvalescenz.

Die Krankheit tritt besonders beim Kinde auf, fast stets zwischen dem 3. und 5. Jahre.

Die Behandlung muss frühzeitig und radical sein. Man incidirt mitten durch die indurirte Partie, excidirt dann nacheinander beide Hälften, wobei man sich etwa 1 cm von der indurirten Zone entfernt hält. Erkrankte Theile des Knochens müssen ausgiebig und ohne Schonung resecirt werden. Flächenverband, ohne Nähte.

Die Verf. berichten zum Schluss über einen nach diesen Grundsätzen behandelten und geheilten Fall.

PAUL RAUGÉ.

89) **G. Lyon** (Paris). **Pemphigusartige Mundentzündungen nach Antipyringebrauch. (Stomatites pemphigoides dues à l'antipyrine.)** *Société de therapeutique. 10. März 1897.*

Verf. sah in einem Falle nach Aufnahme van 1 g Antipyrin eine bullöse Eruption auf der Zunge, an der Innenfläche der Backen und an der Gaumenwölbung auftreten. Gleichzeitig bestand eine Dermatitis derselben Art an der Vorderfläche des Knies und der Ellenbeuge. Verf. führt diese Erscheinungen auf eine Insufficienz der Niere zurück, die nur eine unvollkommene Ausscheidung der Drogue gestattete.

PAUL RAUGÉ.

90) **A. Levi** (Venedig). **Ueber aphthöse Stomatitis.** *Wiener med. Blätter. No. 3, 4, 5. 1897. Wiener klin. Rundschau. No. 34. 1897.*

L. fand in 496 an der Wiener Poliklinik beobachteten Fällen constant nur den Staphylococcus in seinen 3 Varietäten als St. albus, citreus und aureus im Gegensatze zu jenen Beobachtern, die als Krankheitserreger der Stomatitis aphthosa u. A. auch den Diplo-Streptococcus oder den Coccus conglomeratus oder Bacillen und Spirillen angeben. Levi geht nun genau auf die pathologische Anatomie, den klinischen Verlauf ein und macht auf differentialdiagnostische Momente aufmerksam, wie solche in Betracht kommen gegen varicell. Stomat., Herpes, Pemphigus und Stomacace. Schliesslich bespricht L. die therapeutischen Maassnahmen.

CHIARI.

91) **Bussenius. Bacteriologische Untersuchung eines Falles von Maul- und Klauenseuche beim Menschen mit tödtlichem Ausgang infolge Hinzutritts von acuter Leukämie.** *Archiv f. Laryngol. u. Rhinolog. Bd. 6. H. 1. 1897.*

Krankengeschichte eines interessanten Falles und ausführlicher Bericht über die sorgfältigen bakteriologischen Untersuchungen, die Verf. an demselben vornahm. Neben andern Bakterien gewann B. einen kleinen ovoiden Bacillus, der mit dem Siegel'schen Bacillus identisch ist und den er für den specifischen Erreger der Krankheit hält. (Nach dem Bericht der Commission zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche — Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1897 — ist er dies nicht, sondern nur ein „interessanter pathogener, schwere Darmerscheinungen bei jungen Kälbern erzeugender Organismus". Ref.) F. KLEMPERER.

92) **Bussenius** und **Siegel. Kann die Maul- und Klauenseuche des Viehes auf den Menschen übertragen werden?** *Zeitschr. f. klin. Med. XXXII. 1897.*

Wenngleich durchaus nicht zu verkennen ist, dass nach den bisherigen Erfahrungen die Disposition des Menschen für den Infectionsstoff dieser Seuche im Allgemeinen nur eine geringe sein kann, so ist nichts desto weniger eine Uebertragung nicht so selten wie oft angenommen wird. Verff. bringen dafür ein reiches tabellarisch zusammengestelltes Material bei. A. ROSENBERG.

93) **Stierlin** (Sofia). **Beim Menschen beobachtete Erkrankungen infolge der Infection mit Maul- und Klauenseuchegift.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 28. 1897.*

Die Erscheinungen der Krankheit beim Menschen sind ausserordentlich vielgestaltig, am häufigsten wird dieselbe als einfache Stomatitis aphthosa aufgefasst; der Verdacht steigt, wenn hohe Temperaturen und flüchtige Exantheme oder Verdauungsstörungen auftreten. Stierlin erwähnt auch herpesartige Bläschen in Reihen, giebt aber selbst zu, dass diese nicht ganz eindeutig seien. SCHECH.

94) **Pluder** (Hamburg). **Chronischer Schleimhautpemphigus der oberen Athmungswege.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage No. 19. 1897.*

Die Affection begann vor 6 Jahren an der hinteren Rachenwand, verbreitete sich auf Kehlkopf, Uvula und auf die Nasenschleimhaut (rechte untere und mittlere Muschel). Auffallende Infiltration der Larynxschleimhaut und der Uvula. Mundschleimhaut und äussere Haut sind stets unbetheiligt geblieben.

ZARNIKO.

95) **Löffler** und **Frosch** (Berlin). **Summarischer Bericht über die Ergebnisse der Untersuchungen der Commission zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1897.*

Aus den acht Thesen der Commission sei Folgendes erwähnt: Alle bisherigen Funde von Bakterien als Erreger der Krankheit haben sich als accidentelle erwiesen. Der Siegel-Bussenius'sche Bacillus ist ein interessanter pathogener Organismus, aber nicht Erreger der Maul- und Klauenseuche.

Mit bakteriell steriler Lymphe lässt sich die Krankheit in typischer Weise hervorrufen. — Der sicherste Infectionsmodus ist die Injection der aus den Blasen

entnommenen Lymphe in die Blutbahn. Die Blasen an den Eutern und an den Klauen entstehen durch das im Blute kreisende Virus, nicht durch directe Infection von der Haut aus. — Die durchseuchten Thiere sind 2—3 Wochen nach der Erkrankung immun. In ihrem Blute sind Stoffe vorhanden, die, mit frischer Lymphe gemischt, diese unwirksam machen. Es ist somit zweifellos, dass die Maul- und Klauenseuche mit Hülfe von Schutzimpfungen wirksam bekämpft werden kann.

ZARNIKO.

96) **Chr. Greve** (Lübeck). **Beitrag zur Tuberculose des Mundes.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1897.*

Es bestanden neben beiden obern Molares I. am harten Gaumen Geschwüre, in deren Grunde die Sonde auf rauhen Knochen stiess. Die Diagnose wurde per exclusionem (eine mikroskopische Untersuchung unterblieb) auf Tuberkulose gestellt.

ZARNIKO.

97) **Dop. Papillome der Mundschleimhaut; mit histologischen Betrachtungen. (Papillomes de la muqueuse buccale. Considérations histologiques.)** *Archives medicales de Toulouse. No. 3. Februar 1897.*

Diese Neubildungen sind nicht, wie man gewöhnlich angenommen hat, Varietäten von Epitheliom; sie sind zusammengesetzt aus den hypertrophirten, aber normalen Elementen der Papillen. Verf. erweist dies durch seine histologischen Untersuchungen. Vom klinischen Standpunkt aus ist die Ursache dieser Hypertrophie in einer äusseren Reizung zu sehen und nicht, wie Cornil und Ranvier dies wollen, in einer trophischen Gefässstörung.

E. J. MOURE.

98) **H. Bousquet** (Clermont-Ferrand). **Epidermoidale Cyste des Mundbodens; Abtragung; Heilung. (Kyste epidermique du plancher de la bouche. Ablation Guérison.)** *Bulletin médical. 21. März 1897.*

Geschwulst von der Grösse einer starken Mandarine, hervorragend einestheils in der Regio suprahyoidea, andererseits am Mundboden, wo sie die Mittellinie einnimmt. Das Zungenbändchen theilt dieselbe in 2 gleiche Theile. Der Tumor ist weich und scheint in der Zungenmuskulatur eingebettet zu liegen. Er wird vom Mund aus entfernt; eine Adhäsion am Skelett besteht nicht.

Die histologische Untersuchung ergiebt, dass die Wand von einer Lage geschichteten Pflasterepithels mit epidermoidalem Typus und einer dünnen Bindegewebslamelle gebildet ist. Keine Spur von Haarelementen oder Papillarkörpern der Haut.

Verf. weist bezügliche der Pathogenese derartiger Tumoren die Theorien der plastischen Heterotopie (Lebert) und der Invagination (Remak) zurück und schliesst sich der Lehre von dem Einschluss an, die heute auch zur Erklärung der Kiemengangcysten herangezogen wird. Im Moment des Schlusses der Kiemenspalten bleibt ein Hautstück eingeschlossen zurück, dessen Elemente, nachdem sie eine gewisse Zeit geschlummert haben, in einem gegebenen Moment brüsk erwachen und zum Ausgangspunkt eines cystischen Tumors werden.

Die bisweilen schwierige Unterscheidung zwischen diesen Cysten und der

Ranula beruht hauptsächlich darauf, dass die Ranula seitlich und submucös ist, die Dermoidcyste median und intramusculär.

Die einzige Therapie ist die Entfernung per os. PAUL RAUGÉ.

99) **Chavannaz. Dermoidcyste des Mundbodens, wahrscheinlich am Zungenbein adhärent. (Kyste dermoide du plancher buccal avec adhérence probable à l'os hyoide.)** *Société d'Anatomie de Bordeaux. 14. December 1896. Journal de Méd. de Bordeaux. No. 2. Januar 1897.*

Es handelt sich um einen Kranken mit einer Geschwulst in der Regio suprahyoidea, die sich bis zum Boden der Mundhöhle ausdehnte und diesen stark emporwölbte. Die Neubildung, die die Grösse einer Mandarine hatte und deutlich fluctuirte, war unter der Haut ebenso, wie unter der Schleimhaut verschieblich, schien jedoch mit dem Zungenbein in Zusammenhang zu stehen. Das Schlucken und die Phonation waren gestört. Ch. hält die Geschwulst für eine Dermoidcyste und will sie vorn vom Halse aus entfernen. Moure theilt mit, dass die Geschwulst sich bei der Diaphanoscopie nicht als transparent erwies.

E. J. MOURE.

100) **Tieux. Blutgeschwulst am Mundboden bei einem Neugeborenen. (Tumeur sanguine du plancher de la bouche chez un nouveau-né.)** *Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux. Journal de Médecine de Bordeaux. No. 21. Mai 1897.*

Vorstellung des Kindes. Das Hämatom am Mundboden ist am Morgen nach der Geburt hervorgetreten. Die Extraction des Kopfes war sehr mühevoll gewesen; der Tumor ist traumatischen Ursprungs. E. J. MOURE.

101) **J. Hutchinson junr.** (London). **Secundäre Veränderungen in der Submaxillardrüse bei Carcinom des Mundes. (Changes in the submaxillary gland secondary to carcinoma of the mouth.)** *Brit. Med. Journ. 6. März 1897.*

In einem am 2. März vor der Pathological Society of London gehaltenen Vortrage beschrieb H. einen Zustand von chronischer Induration der Submaxillardrüse bei Krebs des Mundes, welche bisweilen irrthümlich für eine Ausbreitung des krebsigen Processes auf die Drüse selbst angesehen würde. Er hatte zwei Fälle der Art gesehen und hielt die Veränderungen in der Drüse für die Folge eines Drucks auf den Wharton'schen Gang, obwohl er zugab, dass sie nicht vorkämen — wenigstens nicht regelmässig — wenn der Gang durch einen Stein obstruirt würde.

Mr. Cecil Beadles bestätigte die Erfahrungen des Redners. In den 15 von ihm untersuchten Fällen, in welchen die Submaxillardrüse bei Krebs des Mundes entfernt worden war, wurde nur in zweien eine thatsächliche Ausdehnung des krebsigen Processes auf die Drüse gefunden. In allen andern handelte es sich um entzündliche Processe verschiedenen Grades. Der Präsident (Mr. Butlin) war der Ansicht, dass Infection der Speicheldrüse gewöhnlich von einer Ausdehnung des Processes von den naheliegenden Lymphdrüsen aus herrühre.

SEMON.



d. Diphtheritis und Croup.

102) **D. Ames. Einige Thatsachen, die für die Bedeutung der ärztlichen Ueberwachung der Schulen für die Verhütung der Diphtherie sprechen. (A few facts, that emphasize the importance of medical inspection of schools for the prevention of diphtheria.)** *Maryland Med. Journal. 13. März 1897.*

Verf. stützt sich auf die wohlbekannten Beobachtungen von Parke, Willougbly, Welch u. a. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

103) **W. H. Welch. Klinische und bacteriologische Diagnose der Diphtheritis. (Clinical and bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *Maryland Medical Journal. 13. März 1897.*

Jede Entzündung, die durch den Bacillus Klebs-Loeffler verursacht wird, ist Diphtherie, und jede Entzündung, die nicht durch diesen Bacillus verschuldet wird, ist nicht Diphtherie. Die bakteriologische Untersuchung ist darum ein positives und practisch untrügliches diagnostisches Mittel.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

104) **N. Neipert. Zwei Fälle von Kehlkopfdiphtherie ohne Membranen. (Dwa slutschaja difterii gortani bes pljenok.)** *Wratsch. No. 21. 1897.*

N. berichtet über zwei Fälle, welche mit Larynxstenose in die Moskauer Barackenklinik aufgenommen wurden. Beide gingen (trotz Intubation im einen und Tracheotomie im anderen Falle) zu Grunde. Die Stenose wurde hervorgerufen durch Larynxödem und wahrscheinlich durch Krampf der Adductoren. Culturen ergaben reichliche Diphtheriebacillen, Ueberimpfungen auf Meerschweinchen schnellen Infectionstod. Bei der Section keine Membranen. P. HELLAT.

105) **W. Anton** (Prag). **Die Diphtherie der Nase.** *Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. II. Band. 2. Heft. 1897.*

Verf. stellt 3 Gruppen von Nasendiphtherie auf und rechnet zur ersten: die diphtheritische Entzündung der Nasenschleimhaut als Theilerscheinung oder im Anschluss an Rachendiphtherie, zur zweiten: die primäre Diphtherie der Nase, die dann von hier in den Rachen weiterschreitet, und zur dritten Gruppe: die auf die Nasenhöhle beschränkt bleibende (isolirte) Rhinitis diphtheritica. Bezüglich Aetiologie giebt Verf. eine genaue Beschreibung des Klebs-Löffler'schen Bacillus, seiner Eigenschaften und der Methoden des Nachweises, geht dann auf die pathologische Anatomie des Näheren ein, bespricht Symptome und Verlauf der einzelnen Formen, Complicationen, Prognose, Diagnose und endlich Therapie, wobei Verf. zu frühzeitigen Seruminjectionen räth. CHIARI.

106) **Jessen** (Hamburg). **Chronische Diphtherie.** Demonstrat. im Hamburger ärztl. Verein. — *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeilage No. 18. 1897.*

Im Anschluss an ein Erysipel seit 4 Monaten weisse Beläge im Rachen, aus

denen hochvirulente Bacillen gezüchtet werden konnten. 1500 Immunitätseinheiten des Behring'schen Serums blieben ohne Einfluss. Keine Albuminurie.

ZARNIKO.

107) **Jessen** (Hamburg). **Ueber prolongirte Diphtherie.** *Centralblatt für innere Medicin. 19. 1897. Wiener med. Presse. 22. 1897.*

Bei einem 19jährigen Dienstmädchen hielten sich nicht nur virulente Diphtheriebacillen über 4 Monate auf der Schleimhaut des Rachens, sondern es waren auch in dieser langen Zeit dauernd klinisch nachweisbare Entzündungsproducte auf den Schleimhäuten des Rachens, und zwar diphtherischer Natur, vorhanden. Trotz dieser Veränderungen waren keine allgemeinen Störungen zu verzeichnen. Der locale Process auf den Schleimhäuten der oberen Luftwege wurde durch Injection von Heilserum nicht geändert, wenn auch die Menge des secernirten Sputums etwas abnahm. Schliesslich nur indifferente Behandlung mit Salzwasser-Gurgelungen.

SEIFERT.

108) **Hennig** (Königsberg). **Ueber chronische Diphtherie.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 35. 1897.*

H. rechnet zur chronischen Diphtherie alle jene Fälle, bei welchen der localdiphtheritische Process in grösserer oder geringerer Intensität an dieser oder jener Stelle länger als 3 Wochen besteht. Aetiologisch führt Verf. 5 Punkte an:

1. Gewisse Grundkrankheiten: Ererbte und erworbene Tuberculose, Syphilis, Scrophulose und Rachitis.
2. Acute Krankeiten als Scharlach, Masern etc.
3. Standort der Erkrankung: Nasopharynx, das Rachendach, der hintere Nasenabschnitt, die Lacunen der Mandeln etc.
4. Individuelle zeitliche und örtliche Disposition.
5. Chronische Katarrhe der oberen Luftwege und deren Folgezustände.

Weiter spricht H. über Rhinitis fibrinosa und ihren Zusammenhang mit Diphtherie und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Rhin. fibrin. steht mit der Brétonneau'schen Diphtherie in innigem Zusammenhang und ist nicht als Krankheit sui generis aufzufassen.
2. Der Erreger der Rhin. fibrin. ist nicht der Löffler'sche Bacillus.
3. Die Aetiologie der Rhin. fibrin. ist noch dunkel.
4. Der Löffler'sche Bacillus ist nicht der Erreger der klinisch als Diphtherie bezeichneten Erkrankung.
5. Die Rhin. fibrin. wie die Diphtherie werden neben bisher unbekannten Momenten von der Symbiose mehrerer pathogener und saprophytischer Mikroorganismen beeinflusst.

CHIARI.

109) **W. C. Krauss. Postdiphtheritische Lähmung. (Post-diphtheritic paralysis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 27. März 1897.*

Verf. berichtet über einen Fall von Diphtherie, der nach 4 Wochen von Lähmung der Stimmbänder und des weichen Gaumens und 2 Wochen später von allgemeiner Lähmung gefolgt war. Vollständige Heilung in etwa 8 Monaten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **N. Gundobin. Klinische Bedeutung der Leukocytose bei Diphtheritis. (Klinitscheskoe snatschenie leikozitosa pri difterii.)** *Bolnitschnaja Gazeta. No. 10. 1897.*

G. zieht folgende Schlussfolgerung aus der Untersuchung von 16 Kindern: Die Leukocytose bei Diphtherie entspricht nicht der Virulenz der Krankheit, sondern dem Allgemeinzustande der inneren Organe. Die Menge der Leukocyten variirt von 4700 bis 39000. Complicationen, z. B. mit Scharlach, vermehren sie. In der Reconvalescenz fällt sie bei schweren Fällen unter die Norm. Prophylaktische Seruminjectionen vermehren sie, therapeutische Injectionen können sie vermehren oder vermindern. Daraus will G. die Einwirkung des Diphtheriegiftes auf die Gewebe deduciren. Man kann das Kind erst dann ausser jeder Gefahr erklären, wenn die Leukocytenmenge normal geworden ist. Das Hauptquantum bei der Diphtherieleukocytose fällt auf die überreifen Blutkörperchen. P. HELLAT.

111) **M. S. Barksy. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 13. März 1897.*

Rp. Pilocarpin $^1/_3$ g
Ammonium carbonic. 15,0
Kalium hydrochlor. 1,875
Spirit. vini gallici
Syrup. Senegae ana 30,0

M. D. S. 1 stdlch. 1 Thee- bis 1 Esslöffel voll nach dem Alter des Patienten.

LEFFERTS.

112) **Benjamin. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 13. März 1897.*

Verf. empfiehlt folgende Mixtur, die er 10 Jahre lang erprobt hat. Er berichtet über 100 Fälle mit 100 Heilungen.

Acid. acetic. dilut. 7,5
Kal. chlor. 1,875
Acid. carbol. gtt. 5
Tct. ferri chlorat. gtt. 5
Alumen pulver. 5,0
Acid. salicyl. 1,0
Glycerin 15,0
Aqu. rosarum 15,0
Aquae q. s. ad 120,0

M. D. S. Zum Einsprayen der Nasen- und Mundschleimhaut (in Intervallen von 15—20 Minuten oder länger, jedesmal 15 Secunden).

Ausserdem giebt B. häufige und grosse Dosen von Eisenchloridtinctur, die nach seiner Meinung auf die Blutzusammensetzung und gleichzeitig während des Schluckens local günstig wirkt. LEFFERTS.

113) **Hecker. Ueber Verblutung nach Tracheotomie durch Arrosion der Arteria anonyma.** *Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1897.*

$2^3/_4$ jähriges Mädchen, das wegen Diphtherie intubirt und später tracheoto-

mirt werden musste; plötzlicher Tod durch Blutung, welche durch eine Ulceration im unteren Winkel der Trachealöffnung 5 Tage nach der Tracheotomie entstanden war. Aehnliche Beispiele aus der Literatur bestätigen die relative Seltenheit derartiger Vorkommnisse und beweisen, dass bei Anonymaarrosion abnorme Lagerungen und Ursprungsverhältnisse dieses Gefässes eine Rolle spielen, wie dies auch bei dem betr. Mädchen der Fall war. SCHECH.

114) **Escherich** (Graz). **Versuche zur Immunisirung gegen Diphtherie auf dem Wege des Verdauungstractes.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 36. 1897.*

Die Resultate der sehr sorgfältigen Versuche waren ungünstige, indem es nicht gelang, dem Organismus auf dem Wege der Verdauungstractus, der jedenfalls bequemer wäre, als der der subcutanen Verabreichung, eine zur prophylaktischen Immunisirung genügende Menge von Antitoxin einzuverleiben. CHIARI.

115) **Voigt** (Schüttenhofen). **Ueber Diphtherie und Croup im politischen Bezirke Schüttenhofen.** *Prager med. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1897.*

V. hat günstige Erfahrungen mit dem Behring'schen Serum bei Diphtherie, nicht aber bei Croup zu verzeichnen und räth zu möglichst frühzeitiger Anwendung desselben. Von Präventivimpfungen hingegen hat V. keine so glänzenden Erfolge zu verzeichnen. CHIARI.

116) **Gerloczy** (Budapest). **Ueber meine im Jahre 1896 erreichten Resultate der Serumtherapie bei Diphtheritis.** *Wiener med. Presse. Referat. No. 33 und 34. 1897.*

Zur Behandlung kamen insgesammt 354 Fälle. Davon starben 25,2 pCt., die übrigen 74,8 pCt. genasen. G. kann die unzweifelhaft gute Wirkung der Serumtherapie von Neuem bestätigen und räth zu möglichst frühzeitiger Anwendung des Serum, da er in solchen Fällen weitaus bessere Resultate erzielte, als wenn der Krankheitsprocess schon weiter vorgeschritten war. CHIARI.

117) **Monti** (Wien). **Heilerfolge des Heilserums bei Diphtherie.** Vortrag, gehalten auf dem XII. internat. med. Congress in Moskau 1897. — *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 38, 39. 1897.*

M. behandelte 249 diphtheriekranke Kinder mit Heilserum, davon genasen 83 pCt. und starben 17 pCt. — M. unterscheidet:

1. die fibrinöse Form der Diphtherie, 2. die Mischform (auch phlegmonöser oder diphtheritischer Croup genannt) und 3. die septische oder gangränöse Form.

Von 140 Fällen der fibrinösen Form starben 2,8 pCt. Nicht so günstig gestalten sich die Resultate der Heilserumbehandlung bei den Fällen der Mischform. Hier starben von 88 Fällen 19,2 pCt. Am ungünstigsten aber sind die Ergebnisse der Heilserumtherapie bei der septischen Form der Diphtherie. Von 21 Fällen betrug die Mortalität 16 pCt. M. macht aufmerksam, wie leicht man bei den heutigen Statistiken zu Fehlschlüssen kommt, da man die Diphtherie-Erkrankungen nicht specificirt; jedenfalls genügen diese Resultate einem Kliniker nicht. Nach seinen Versuchen ist Monti überzeugt, dass die üblen Zufälle bei der Serumbehandlung nicht durch das Antitoxin, sondern nur durch Einwirkung der im

Pferdeserum enthaltenen Eiweisskörper vorkommen. Vortrag. meint, dass durch die Einführung des hochwerthigen Serums eine erfreuliche Vervollkommnung der Heilserumbehandlung eingetreten sei. Bezüglich prophylaktischer Impfungen spricht sich M. reservirt aus; er hat in diesen Fällen nachfolgende Diphtherie niemals gesehen, noch auch irgend welche schädliche Folgen. CHIARI.

118) **A. Koral. Einige Bemerkungen über den Verlauf und die Ausgänge der Serumtherapie bei Croup und Diphtherie im Jahre 1896 im jüdischen Kinderhospital in Warschau. (Kilka uwag o przebiegu i wynikach leczenia surowica krupu i btonicy w roku 1896.)** *Medycyna. No. 19. 1897.*

Im Laufe 1896 wurden vom Verf. im Kinderhospital 125 Kinder mit Serum behandelt. Es starben 23 (18,4 pCt.).

Tracheotomirt wurden 37, davon starben 18 (49 pCt.). SOKOLOWSKI.

119) **W. Pulawski. 33 Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. (33 przypadki btonicy, leczonej surowica)** *Gazeta lekarska. No. 31. 1897.*

Nichts Besonderes. SOKOLOWSKI.

120) **A. E. Beiser. Warum bleibt das Heilserum ein Gegenstand des Streites in der Behandlung der Diphtherie? (Why is antitoxin a bone of contention in the therapeutics of diphtheria?)** *Maryland Medical Journal. 6. Februar 1897.*

Der Praktiker unterscheidet nicht zwischen der reinen Diphtheriebacillen-Diphtherie und der durch Mischinfection verursachten. Bei der ersteren wirkt das Serum, in den Mischfällen sollte man es besser ganz bei Seite lassen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

121) **Jos. H. Lopez. Die Serumbehandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria with antitoxin.)** *N. Y. Med. News. 6. Februar 1897.*

Der Verf. sagt: „In der Therapie der Diphtheritis ist der wesentlichste Schritt eine frühe Diagnose; der nächste, das Serum in ausreichend grosser Dose alsbald nach Stellung der Diagnose zu geben“.

[Wir sind ganz und vollständig mit dem Verf. einverstanden. Gewiss. Aber sein Artikel nimmt $3^1/_2$ volle Seiten der „News“ ein! Der originellste Punkt desselben ist eine Abbildung, welche zeigen soll „das rapide Wachsen der Membran auf den Tonsillen, der Uvula und dem weichen Gaumen und später das rapide Verschwinden derselben unter dem Einfluss des Serums in einem Falle von Diphtherie“. Die Idee ist gut.] LEFFERTS.

122) **Jos. E. Winters. Die Serumbehandlung bei Diphtherie im New Yorker Findelhause. (Treatment of diphtheria with antitoxin at the New York foundling asylum.)** *Medical News. 20. März 1897.*

Nach dem Verf. beweisen die Resultate, dass das Serum gegenüber einer wirklich schweren Form von Diphtherie vollständig werthlos sei. LEFFERTS.

123) **Redact. Notiz. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The antitoxine treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 27. März 1897.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.



124) **H. P. Stebbings. Ein Fall von Diphtherie mit Serum behandelt. (An instance of the use of anti-diphtheritic serum.)** *North American Practitioner. April 1897.*

Ein Fall, an dem nichts besonders Bemerkenswerthes ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

125) **H. L. Ryfkogel. Die Serumtherapie mit besonderer Bezugnahme auf ihre Anwendung bei der Diphtheritis. (Antitoxin therapy with special reference to its application in diphtheria.)** *Occidental Med. Times. Juni 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

126) **Beverley Robinson. Globus hystericus und Vergrösserung der Kehlkopftonsille. (Globus hystericus and enlargement of the laryngeal tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 24. April 1897.*

Verf. macht auf die acute Schwellung der Kehlkopftonsille [? Soll wohl Zungentonsille bedeuten. Red.] als eine häufige Ursache von Reizhusten und von kitzelnden Sensationen im Kehlkopf, die leicht für hysterisch gehalten werden, aufmerksam. Es ist aber nicht Hysterie, sondern der Druck, den die entzündete Drüse auf den Kehlkopf ausübt, der die Erscheinungen des Reizhustens, den sogen. Globus hystericus u. a. m. verursacht.

LEFFERTS.

127) **Carl P. W. Drying** (Coburg Victoria). **Behandlung von spasmodischer Laryngitis oder Croup. (Treatment of spasmodic laryngitis or croup.)** *Transactions of 4. Intercolonial Med. Congress. 1896.*

D. will das Kind im Anfall in ein warmes Bad gesetzt wissen; dann giebt er ein Brechmittel und ein Calomelpulver. Eine Stunde darauf erhält das Kind eine Mixtur, die 0,06 Phanazon und 0,12 Natr. bromatum für jedes Jahr des Kindes enthält. Selten sind mehr als 3 Dosen davon erforderlich. Am folgenden Tage wird am Abend vor dem zu erwartenden Anfall eine Dosis von der Mixtur gegeben. D. hat diese Behandlungsmethode in 200 Fällen erprobt und als ausserordentlich wirksam befunden.

In der sich anschliessenden Discussion betonte T. K. Hamilton, dass nach seiner Erfahrung der Kehlkopfkrampf oft durch adenoide Vegetationen im Nasopharynx verschuldet wird.

A. J. BRADY.

128) **Bayeux. Glottiskrämpfe durch Varicellen. (Spasmes glottiques dus à la varicelle.)** *Société anatomique de Paris. 8. April 1897.*

Es handelt sich um ein Kind, das an hämorrhagischen Varicellen zu Grunde gegangen war und dabei Erstickungsanfälle gehabt hatte, die durch Glottiskrämpfe bedingt zu sein schienen. Löffler'sche Bacillen waren nicht vorhanden.

PAUL RAUGÉ.

129) **Lewin** (Berlin). **Stimmritzenkrampf.** *Arch. f. Kinderheilk. XXI. 5. 6. 1897.*

An seinem eigenen Kinde, 6 Monate alt, beobachtete L. das Auftreten von

Stimmritzenkrampf, als ihm statt der Ammenmilch, Kuhmilch gegeben wurde. Mit dem Aussetzen der Milch hörte der Spasmus auf, um mit erneuter Darreichung derselben wieder aufzutreten und nach nochmaligem Aussetzen der Kuhmilch wieder zu verschwinden.

SEIFERT.

130) **Tsakyroglous. Mittheilungen aus der Praxis.** *Monatschr. f. Ohrenh. etc. No. 1. 1897.*

T. theilt 2 Fälle von Blutegeln im Kehlkopfe mit und einen Fall von Ictus bei einem 35jährigen Manne, der die Anfälle in seinem 16. Lebensjahre bekommen hatte.

SCHECH.

131) **L. Fayolle. Ictus laryngis. (Ictus laryngé.)** *Lyon méd. 31. Januar 1897.*

F. berichtet über 6 neue Fälle von Ictus laryngis bei Leuten zwischen 40 und 50 Jahren, die keinerlei Zeichen von Epilepsie boten, aber fast alle Arthritiker waren und an mehr oder weniger starken bronchitischen Erscheinungen litten; nur einer war Tabetiker.

F. schliesst sich der Garel'schen Theorie an und betrachtet den Ictus als eine Reflexerscheinung, vermittelt durch den Laryngeus superior; die Hustenstösse bedingen eine Circulationsstörung im Gehirn und den Verlust des Bewusstseins.

A. CARTAZ.

132) **Schech. Ueber den Husten, speciell den nervösen.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 26. 1897.*

Zusammenstellung des bisher Bekannten.

Autoreferat.

133) **Emil Mayer. Einige ungewöhnliche Ursachen von Husten. (Some unusual causes of cough.)** *N. Y. Med. Record. 30. Januar 1897. Medical Journal. 13. Februar 1897.*

Verf. bespricht einige Fälle, in denen eine nasopharyngeale oder pharyngeale Erkrankung die Ursache von Reflexhusten bildete, darunter einen Fall von Leptothrixmycose des Rachens. Zeichen des Reflexursprunges des Hustens waren die krampfhaften Hustenanfälle ohne Auswurf und ohne Temperatursteigerung, ferner das Fehlen physikalischer Zeichen von Lungen- oder Bronchialerkrankung, das Versagen der sonst gegen Husten wirksamen Medicamente und schliesslich die relativ geringe Störung des Allgemeinbefindens.

LEFFERTS.

134) **Chas. N. Cox. Beitrag zum Studium des Hustens infolge von Reizung der obersten Luftwege. (A contribution to the study of cough due to irritation of the upper respiratory tract.)** *N. Y. Med. Record. 30. Januar 1897. N. Y. Med. Journal. 13. Februar 1897. The Laryngoscope. März 1897.*

Nach Verf.'s Erfahrungen fand sich am häufigsten als Ursprungsstelle nasalen Hustens 1. der hintere Theil der unteren Muschel und das hintere Ende des Septums, 2. der gleiche Theil der mittleren Muschel und die entsprechende Stelle der Nasenscheidewand. Auch der Pharynx stellt eine Quelle des Hustens dar. Nach Verf. sind ein guter Theil aller Fälle von Husten durch Processe oberhalb

des Larynx verursacht, wenn diese auch in den Lehrbüchern nur spärliche Erwähnung finden.

LEFFERTS.

135) **W. M. Fleming. Antikamnia und Codein bei Kehlkopf- oder Winter-Husten. (Antikamnia and codeine in laryngeal or winter coughs.)** *N. Y. Med. Journal. 13. März 1897.*

Bei acutem Anfall von Kehlkopf- oder Winter-Husten wirkten gegen den Kitzel und die Reizbarkeit des Larynx Antikamnia und Codein in hervorragendem Maasse. Ist der krampfhafte Reiz in der Nacht besonders stark, so lässt Verf. ein Tabloid von 0,3 g eine Stunde vor dem Schlafengehen und dann einstündlich eine neue Tablette, so oft noch erforderlich ist, nehmen. Nach 2 oder 3 Tabletten ist gewöhnlich der Effect da. Liegt die Hauptreizbarkeit am Morgen oder Mittag, so wird die Zeit der Medication in entsprechender Weise geändert.

LEFFERTS.

136) **Ach** (Ermershausen). **Beitrag zur Aetiologie des Keuchhustens.** Dissert. Würzburg. 1895.

In der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Trachea eines kurz nach dem Tode secirten Kindes, das im acuten Stadium des Keuchhustens gestorben war, fand A. auf und zwischen den Epithelien, an einzelnen Stellen auch tief im submucösen Gewebe Diplokokken mit einer leichten Abflachung an den einander zugekehrten Seiten. Ob diese Diplokokken mit den von Ritter angegebenen identisch sind, kann nicht entschieden werden, da Culturversuche nicht angestellt wurden.

SEIFERT.

137) **Theodor** (Königsberg). **Behandlung des Keuchhustens.** *Arch. f. Kinderheilk. XXIII. Bd. 4.—5. Heft. 1897.*

Für die Behandlung des Keuchhustens hält Th. die allgemeine Hygiene als den wichtigsten Factor, vor allem gute Luft in den Krankenzimmern, in welchen 5—10proc. Carbollösung wiederholt auf Fussböden, Decken, Wände, Betten etc. gesprengt wird. Sobald sich catarrhalische Erscheinungen nachweisen lassen, schickt er die keuchhustenkranken Kinder nicht ins Freie, ausser bei ganz gutem warmem Wetter.

SEIFERT.

138) **Wertheimber. Zur Behandlung des Keuchhustens.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 29. 1897. Der Kinderarzt. 9. 1897.*

Innerlich empfiehlt W. am meisten das Antipyrin und zwar für das erste Lebensjahr 2—3mal täglich 0,03—0,05, für Kinder von 1—2 Jahren 0,1—0,15, für ältere Kinder so viel Decigramme, als das Kind Jahre zählt, nach einigen Tagen um die Hälfte mehr. Vorbedingung der Anwendung des Antipyrin ist normaler Zustand der Nieren. Neben der inneren Behandlung natürlich auch hygienisch-diätetische Behandlung.

SCHECH.

139) **Liebe** (St. Andreasberg). **Bemerkungen zu Wertheimber's Aufsatz: Zur Behandlung des Keuchhustens.** *Der Kinderarzt. 9. 1897.*

Empfehlung der Ligno-sulfit-Inhalationen.

SEIFERT.



140) **P. Brayn. Die Behandlung des Keuchhustens mit Naphthalen. (The treatment of whooping cough by naphthalene.)** *Brit. Med. Journal.*

Die Drogue wird auf den Boden und in die Kleider des Kindes geträufelt, oder in einem Beutel um den Hals gehängt.

ADOLPH BRONNER.

141) **J. Venetianer** (Wien). **Der gegenwärtige Stand der Keuchhustentherapie.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 30—35. 1897.*

Mit grosser Ausführlichkeit hat Verf. möglichst alle Methoden der Behandlung, sowie die verschiedenen Anschauungen über das Wesen der Pertussis systematisch zusammengestellt und kommt zu dem Schlusse, dass wir nach wie vor auf das Probiren der einzelnen Medicamente angewiesen sind, bis es uns gelingt, das Mittel dem jeweiligen Falle anzupassen.

CHIARI.

142) **E. Ernoul. Hysterische Stummheit. (Du mutisme hystérique.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

143) **C. M. Allan. Ein Fall von vollständiger Aphemie während 9 Wochen. Plötzliche Heilung durch einen Unfall. (A case of complete aphemia of nine weeks duration; sudden recovery through an accident.)** *Brit. Med. Journal. 6. Februar 1897.*

34jähriger Mann, verlor plötzlich seine Stimme, ohne ersichtliche Ursache. Er fühlte sich schwindlig und empfand eine Schwäche im linken Bein und Arm; die Zunge konnte nicht vorgestreckt werden. 14 Tage nachher ging er wieder zur Arbeit. Nach 2 Monaten fiel er mit dem Hinterkopf auf und hatte starkes Nasenbluten; 2 Stunden darauf war die Sprache wieder normal.

ADOLPH BRONNER.

144) **E. Stephens. Drei Fälle von functioneller Aphonie. (Three cases of functional aphonia.)** *Brit. Med. Journal. 20. März 1897.*

Die Patienten waren 19, 30 und 11 Jahre alt, der Krankheitsverlauf bot nichts Ungewöhnliches.

ADOLPH BRONNER.

145) **F. Rueda** (Madrid), **Hysterische Aphonie. (Afonia histerica.)** *Rev. de Med. y Ciruj. Pract. No. 522. 1897.*

In einem Falle von hysterischer Aphonie, beruhend auf Lähmung beider Thyreo-arytenoidei interni, mit gleichzeitiger subacuter catarrhalischer Laryngitis, wandte R. als Therapie die Kehlkopfsmassage an; die Aphonie und die Lähmung verschwanden einige Minuten nachher. Nach Verf. wäre der Erfolg der Kehlkopfsmassage nicht ausschliesslich suggestiv, sondern letztere müsste auch als wiedererweckender Impuls einer gelähmten peripheren Innervation angesehen werden.

R. BOTEY.

146) **E. Arslan. Anästhesie und Suggestion bei hysterischer Aphonie. (Anaesthesia and suggestion in hysterical aphonia.)** *N. Y. Medical Journal. 27. März 1897.*

Bericht über 5 Fälle von hysterischer Aphonie bei Frauen, die auf folgende

Weise geheilt wurden. Es wurde mit Bromäthyl eine rasche Narkose gemacht und sobald die Patientinnen partielle Anästhesie zeigten, wurde ihnen suggerirt, sie sollten ihren Namen nennen, laut nachsprechen u. s. w. Bei 3 von den Fällen hatte Influenza als ätiologischer Factor eine Rolle gespielt.

LEFFERTS.

147) **Grasset. Aphasie der rechten Hand bei einem Taubstummen. (Aphasie de la main droite chez un sourd-muet.)** *La Voix parlée et chantée. No. 86. Februar 1897.*

Die wirkliche „Aphasie" der Hand ist die des Taubstummen, der nicht sprechen gelernt hat und nun die Fähigkeit verliert, mittelst der Hand zu sprechen. Verf. hat einen derartigen Fall beobachtet bei einem Kranken mit Gehirnerweichung. Derselbe vermochte mit der rechten Hand nicht mehr zu sprechen oder zu schreiben, ohne dass etwa eine Parese des Arms bestand, die die hierzu erforderlichen Bewegungen unmöglich gemacht hätte. Verf. nimmt an, dass beim Taubstummen ein Hand-Sprachcentrum besteht, das vielleicht am Fusse der 2. Stirnwindung in der Hirnrinde localisirt ist.

E. J. MOORE.

148) **Cl. Bernoud** (Lyon). **Kehlkopflähmung typhösen Ursprungs. (Paralysie laryngée d'origine typhoidique.)** *Société des Sciences Médicales de Lyon. 3. März 1897.*

Lähmung des Crico-arytaenoideus posticus und des Gaumensegels im Gefolge von Typhus, mit den klassischen Zeichen der dauernden Phonationsstellung mit sehr starker Dyspnoe ohne Störung der Stimme.

PAUL RALGÉ.

149) **J. Mollard** und **Cl. Bernoud. Ein Fall von Kehlkopflähmung bei Typhus. Studie über diese Affection auf Grund der publicirten Fälle. (Un cas de paralysie laryngée dothienenterique; étude de cette affection d'après les cas connus.)** *Bulletin méd. 31. März 1897.*

Bericht über einen Fall von doppelseitiger Posticuslähmnng, die im Verlaufe eines Typhus bei einer jungen Frau von 21 Jahren auftrat. Die Lähmung äusserte sich nach einer leichten Heiserkeit, die seit 48 Stunden bestand, durch einen schweren Erstickungsanfall. Gleichzeitig war eine Parese des Gaumensegels zu constatiren. Die Kehlkopflähmung ging mit dem Schwinden der typhösen Symptome allmälig zurück. Die Verff. führen diese Complication auf eine periphere Neuritis zurück.

A. CARTAZ.

150) **L. Przedborski. Ueber Lähmungen der Kehlkopfmuskeln beim Unterleibs- und Flecktyphus. (O nerwowych zaburzeviach krtani przy tyfusce brzusznym i wysypkowym.)** *Gazeta lekarska. No. 22, 23, 24, 25, 26. 1897.*

Diese ausgezeichnete Arbeit, welche auf der Beobachtung von 25 Fällen von Kehlkopflähmung bei Abdominaltyphus und 7 Fällen von Flecktyphus beruht, wurde deutsch in No. 182 der Volkmann's-Sammlung klinischer Vorträge veröffentlicht. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Kehlkopflähmungen entstehen im Verlaufe des Typhus viel häufiger, wie bisher angenommen wird.

2. Diese Lähmungen entstehen ebenso häufig im fieberhaften Stadium, wie in der Reconvalescenz.

3. Fast alle Kehlkopfmuskeln können im Verlaufe des Typhus einer Lähmung erliegen.

4. Während der Entwickelung der Kehlkopfparalysen können wir manchmal eine strenge Ordnung und Regelmässigkeit im allmäligen Auftreten derselben wahrnehmen.

5. Das allmälige Entstehen und der Schwund der Recurrensparalyse bietet manchmal eine bedeutende Abweichung von dem allgemein anerkannten Semon-schen Gesetze, indem während der Entwickelung und Ausgleichung derselben die ursprünglichen und terminalen Erscheinungen der Affection sich unregelmässig gestalten.

6. Der Verlauf der typhösen Lähmungen ist meist ein acuter, das Leiden geht grösstentheils im Verlaufe von 1 bis 3 Wochen in vollständige Genesung über.

7. Bei der Entstehung der typhösen Lähmungen müssen wir der Virulenz des specifischen Mikroorganismus und dessen biologischer Beschaffenheit eine gewisse Rolle zuschreiben.

A. v. SOKOLOWSKI.

151) **L. S. Somers. Lähmung der Stimmbandabductoren. (Abductor vocal paralysis.)** *Med. News (N. Y.). 26. Juni 1897.*

Krankengeschichte einer Frau, bei der die Lähmung nach einer Pneumonie auftrat; die Aetiologie blieb dunkel; Hysterie lag nicht vor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **Ortner** (Wien). **Recurrenslähmung bei Mitralstenose.** *Wiener klinische Wochenschr. No. 33. 1897.*

Zwei Fälle von linksseitiger Recurrenslähmung. Der infolge der Mitralstenose höchstgradig erweiterte linke Vorhof comprimirte den Nervus recurrens sin. an jener Stelle, an der sich derselbe um den Aortenbogen schlingt. Ortner weist darauf hin, dass sich die Diagnose in seinem zweiten Falle schon intra vitam stellen liess.

CHIARI.

153) **A. B. Mc Kee. Ein Fall von Lähmung des linken Recurrens bei Aortenaneurysma. (A case of paralysis of left recurrent laryngeal nerve due to aortic aneurism.)** *Occidental Med. Times. Januar 1897.*

40jähriger Mann. Das linke Stimmband stand in Cadaverstellung; am rechten schien eine Lähmung der Stimmbandspanner vorhanden zu sein.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

154) **J. Mader** (Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien). **Aneurysma der Arteria anonyma. Tod durch Compression der Trachea.** *Wiener medicin. Blätter. No. 22. 1897.*

Der laryngoskopische Befund bot ein wechselndes Bild, während bei der ersten Untersuchung rechtsseitige Posticuslähmung mit vollständiger Fixation des rechten Stimmbandes bestand, zeigte sich schon am nächsten Tage das rechte Stimmband wieder beweglich. Patient wurde damals gebessert entlassen. Nach

$^1/_2$ Jahre suchte Patient mit hochgradiger Trachealstenose das Spital wieder auf. Stimme tonlos, gepresst und mühsam. Bei der nunmehrigen angeblich schwierigen laryngoskopischen Untersuchung soll das rechte Stimmband beweglich gewesen sein; Tracheoskopie nicht ausführbar. Exitus. Section ergab u. A. hochgradige Compression der Trachea in ihrem unteren Abschnitte von dem rechtsliegenden grossen aneurysmatischen Sack, der erst beim Abheben der vorderen Brustwand verletzt wurde. Die Schleimhaut der Trachea war geröthet und geschwellt.

CHIARI.

155) **Collet** (Lyon). **Neue Beobachtung der Kehlkopfstörungen in einem wahrscheinlichen Falle von multipler Sklerose. (Nouvelle observation de troubles laryngés dans un cas probable de sclérose en plaques.)** *Société nationale de medecine de Lyon. 11. Januar 1897. Lyon méd. 24. Januar 1897.*

24jähriger Patient mit den klassischen Symptomen der multiplen Sklerose (Intentionstremor der oberen Extremitäten, des Kopfes und der Zunge, monotone und scandirte Sprache). Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt ein charakteristisches Zittern der Stimmbänder. Die Oscillationen hören auf, wenn die Stimmbänder in respiratorischer Abduction sind. Sie zeigen sich nur während der Phonation. Die Stimmbänder nähern sich dann einander in unregelmässiger, wie zögernder Weise. In der Mittellinie angelangt, verharren sie nicht in der Contactstellung, sondern gehen auseinander und nähern sich wieder abwechselnd. Es handelt sich also um einen Intentionstremor wie bei allen anderen Zitterbewegungen der multiplen Sklerose.

Verf. macht darauf aufmerksam, dass das Zittern der Stimmbänder kein der multiplen Sklerose ausschliesslich zugehöriges Symptom ist; man beobachtet es auch bei der Chorea, bei Bleivergiftung (Krause) und bei gewissen cerebellaren Affectionen (Spencer, Collet).

PAUL RAUGÉ.

156) **F. E. Batten** und **W. J. Horne. Ein Fall von disseminirter Sklerose mit Anästhesie des Gaumens und des Kehlkopfs. (A case of disseminated sclerosis with palatal and laryngeal anaesthesia.)** *St. Bartholomew's Hospital Report. Vol. 32.*

Es handelte sich um ein junges Mädchen, dessen Fall zwei Jahre lang unter constanter competenter Beobachtung war. Neben anderen Symptomen des Grundleidens war vollständige Anästhesie des Gaumens und Kehlkopfes in den Endstadien vorhanden, wie mittelst Sondenberührung ermittelt wurde. Der Fall verlief tödtlich, und bei der Obduction wurde theilweise Degeneration der Pyramidenstränge im Pons und in der Medulla gefunden.

Das Studium des interessanten Falls im Original ist zu empfehlen.

SEMON.

157) **Baudouin. Die Spiegelsprache. (La parole en miroir.)** *La voix parlée et chantée. No. 86. Februar 1897.*

Ein Mädchen von 12 Jahren, das wegen eines Gehirnabscesses nach Meningitis trepanirt worden war, sprach nach der Operation mit Inversion der Silben, ohne sich jemals zu irren, z. B. „Te-tan“ statt „Tan-te“. Verf. nennt dies

„Spiegelsprache“ nach Analogie der „Spiegelschrift“, die Linkshänder, welche mit dər Linken zu schreiben gewohnt sind, leicht ausüben.

E. J. MOURE.

158) **Kattwinkel** und **P. Marie** (Paris). **Die Häufigkeit von Störungen des Rachenreflexes und der Sprache bei Erkrankungsprocessen der rechten Grosshirnhälfte. (Sur la fréquence des troubles du réflexe pharyngé et de la parole dans les lesions de l'hémisphère droit du cerveau.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 9. April 1897.*

Die Veränderungen des Rachen- und Kehlkopf-Reflexes sind sehr viel häufiger bei linksseitiger, als bei der rechtsseitigen Hemiplegie. Dasselbe gilt von den Störungen des Schluckactes. Unter 50 links Hemiplegischen und 50 rechts Gelähmten, die ohne weitere Auswahl in Bicètre untersucht wurden, ergab sich bei linker Hemiplegie der Rachenreflex 25mal verschwunden, 14mal herabgesetzt, bei rechter Hemiplegie 2mal fehlend, 5mal verringert. Ferner constatiren die Verff. die unerwartete Thatsache, dass Sprachstörungen bei den Links-Hemiplegischen ausserordentlich häufig waren; bei den 50 Patienten wurden 25mal dauernde und 16mal vorübergehende Störungen der Sprache constatirt. Uebrigens handelte es sich nicht um die echte Aphasie, wie man sie bei Rechts-Hemiplegischen trifft.

PAUL RAUGÉ.

159) **Rethi** (Wien). **Ueber eine noch nicht beschriebene Art von Coordinationsstörung im Kehlkopf bei Sängern. (Sur une variété non décrite de troubles de la coordination du larynx chez les chanteurs.)** *Revue internat. de rhinol., otol. etc. No. 4. April 1897.*

Eine Sängerin fühlte, wie ihre Stimme einen Moment stockte, sobald sie von einem Register ins andere überzugehen versuchte. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte in diesem Moment ein Sich-Spannen und Verlängern der Stimmbänder, die einen Raum von Haaresbreite zwischen sich liessen und keinen Ton hervorbrachten. Die Kranke hatte eine Schwellung der unteren Muscheln. Nachdem auf diese erst die Aufmerksamkeit gelenkt war, kam auch bald Alles wieder in Ordnung. Rethi glaubt, dass ein von der Nase aus ausgelöster Krampf der Muskeln, die bei dem höheren Register eine Rolle spielen, vorlag.

E. J. MOURE.

160) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Sprechübungen bei der Behandlung des infolge unrichtigen Sprechens entstandenen Kehlkopfcatarrhs. (Spreekoefeningen bij de behandeling van den chronischen larynxcatarrh outstaan ten gevolge van verkeerd spreken.)** Verhandl. des VI. Niederl. Congresses. 1897.

M. bespricht das Entstehen des „clergyman's sore throat“ durch verkehrtes Athmen, verkehrtes Intoniren und Articuliren. Die Hyperämie bekämpft er mit Einblasungen von Sol. Ichthyoli 1:300 und von Menthol-Paraffin 1:75. Hauptsache sind aber systematische Athem- und Sprechübungen. Die Zwerchfell-Athmung ist, nach M., die einzig wahre. Namentlich sollen „Stossübungen“ gemacht werden, wobei durch einen kräftigen Stoss auf den Bauch das Zwerchfell intensiv hinaufgepresst und der Exspirationsstrom auf den harten Gaumen gerichtet wird. Singübungen kommen bei dieser Methode nicht in Anwendung.

H. BURGER.

161) **Schech. Die Erkrankungen der Berufsredner und Sänger.** *Monatsschr. f. Ohrenh. etc. No. 6. 1897.*

Sch. betont das häufige Vorkommen von pathologischen Veränderungen in den Resonanzräumen als Ursache der unter den verschiedensten Erscheinungen sich manifestirenden Stimmschwäche, so namentlich das Vorhandensein von Seitensträngen, Granulationen, Rhinitis hypertrophica, Hyperplasie der Mandeln. Selbst eine einmalige Ueberanstrengung kann dauernden Schaden für die Stimme zur Folge haben, namentlich durch Functionsstörung, Quetschung, Blutungen oder Muskelzerreissung im Cricothyreoideus. Die Behandlung hat sich nach der Ursache zu richten; bei einer Mogiphonie empfiehlt sich die Massage in Verbindung mit Elektricität. Die Seitenstränge trägt Sch. jetzt mit der Krause-Heryng'schen Doppelcurette ab; auch konnte er einmal durch eine Kehlkopfmassage Ictus laryngis erzeugen. Autoreferat.

162) **Scheier. Anwendung der Röntgenstrahlen für die Physiologie der Stimme und Sprache.** Congress für innere Medicin in Berlin 1897. — *Wiener klinische Wochenschr. No. 28. 1897.*

Auf dem Fluorescenzschirme lassen sich die Bewegungen und Gestaltsveränderungen des Gaumensegels, ebenso der Lippen, der Zunge, des Kehldeckels und der tieferen Larynxtheile genau beobachten und dadurch die einzelnen Laute unterscheiden. Auch für die Pathologie, z. B. die Diagnose der Bulbärparalyse hat eine solche Fixirung des Krankheitsbildes Werth. CHIARI.

163) **Réthi** (Wien). **Die Schwingungsform der Stimmbänder bei den verschiedenen Gesangsregistern.** Vortrag im Wiener physiol. Club am 23. Februar 1897. *Wiener klin. Rundschau. No. 24. 1897.*

R. stellt seine diesbezüglichen Versuche mit der stroboskopischen Methode auf die Weise an, dass er während der laryngoskopischen Untersuchung den Untersuchten einen Ton der Sirene, als welche die stroboskopische Scheibe functionirt, nachsingen lässt oder indem er letztere nach dem gesungenen Ton regulirt.

Beim Falsettregister (Kopfregister) constatirte er, dass keine Knotenlinie sich bilde, sondern „dass der freie Rand des Stimmbandes nach aufwärts schwingt, sodann die Schärfe dieses Randes als Kante nach aussen rückt, wobei wieder der freie Rand abwärts sich bewegt und dass diese Kante allmählich lateralwärts abläuft, um sich in der Gegend des M. thyreo-arytaenoideus zu verlieren. Diese Wellen verlaufen nicht immer parallel dem freien Rande, sondern in einem nach vorne offenen Winkel. Auch beim Mittelregister laufen Wellen ab, doch in einem breiteren Antheile des Stimmbandes. Anders ist es beim Brustregister. Hier ist die schwingende Stimmbandpartie viel breiter, die Elongation eine grössere, Wellenbewegung ist nicht vorhanden. Man sieht hierbei ungefähr parallel dem freien Rande in der Mitte der Stimmbänder eine cylindrische Vorwölbung und ein leichtes Flimmern, welches wahrscheinlich von fibrillären Contractionen des M. vocalis herrührt. CHIARI.

164) **T. F. Rumbold. Hygiene der Stimme. (Vocal hygiene.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. Januar und Februar 1897.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).



165) **J. R. Mc Intosh. Schwächung der Stimmkraft. (Impaired voice power.)** *Maritime Med. News. Mai 1897.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

166) **Kayser** (Breslau). **Zur Lehre von der eunuchähnlichen Stimme.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. VII. April 1897.*

Ausgehend von der Beobachtung, dass bei den Eunuchoid-Stimmbändern der Kehlkopf beim Sprechen sehr stark in die Höhe steigt, behandelte K. einen 21jäh-jährigen Patienten mit sehr gutem Erfolg in der Weise, dass er bei den Sprachübungen den Kehlkopf nach unten zu fixirte. Der Kranke setzte solche Uebungen zu Hause fort und konnte nach 2—3 Tagen mit tiefer Stimme sprechen.

SEIFERT.

167) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ein Beitrag zur Frage der eunuchenähnlichen Stimme.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Februar 1897.*

Bei einem 19jährigen Manne mit hoher schriller kindlicher Stimme fand G. einen starken Nasenrachenkatarrh, Schwellung und Röthung der Stimm- und Taschenbänder. Die laryngo-stroboskopische Untersuchung ergab, dass die so gebildete Stimme Fistelstimme war. Patient konnte zwar die Bruststimme anschlagen, doch war er nicht im Stande, den Vocal lange anzuhalten, nach wenigen Secunden schnellte die Stimme in die hohe Lage direct zurück. Durch regelmässige Stimmübungen mit Hülfe der Autoskopie und Behandlung der Katarrhe gelang es dem Patienten nach 14 Tagen ohne Schwierigkeit eine normale wohlklingende Bruststimme in der Unterhaltung anzuwenden.

SEIFERT.

168) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Zur Frage der zur Zeit der Geschlechtsreife auftretenden fehlerhaften Entwickelung der Stimme.** *Medic.-pädag. Monatsschrift f. d. ges. Sprachheilk. Mai 1897.*

Sowohl die zu hohe (Eunuchen-Stimme) wie die zu tiefe Stimme (Strohbass) sieht Br. als eine Folge des fehlerhaft verlaufenen Stimmwechsels zur Zeit der Geschlechtsreife an. Zur Beseitigung dieser Stimmstörung lässt Br. bei der Eunuchenstimme den Kehlkopf von vorne nach hinten zusammenpressen und dabei laut und deutlich zählen resp. lesen, bei der zu hohen Stimme den Kehlkopf so stark zusammendrücken, dass die Stimme beim Lesen die richtige Höhe erlangt. Die Kranken müssen lernen, diese Manipulationen selbst auszuführen.

SEIFERT.

169) **A. Moutier** und **Granier. Einfluss der Franklinisation auf die Gesangsstimme. (De l'influence de la franklinisation sur la voix des chanteurs.)** *Académie des Sciences. 5. April 1897.*

Setzt man einen Sänger auf einen Isolirschemel, der mit dem negativen Pol einer statischen Maschine verbunden ist, und lässt den Strom mittelst eines elektrischen Besens gegen ihn ausstrahlen, so constatirt man, dass seine Stimme klarer, voller und angenehmer wird.

PAUL RAUGÉ.

170) **L. Oltuszewski. Allgemeine Betrachtungen über Sprachstörungen. (O zboczeniach mowy w ogólniejszym zarysie.)** *Nowiny lekarskie. No. 4. 1897.*

Allgemeine Betrachtungen über Sprachstörungen, welche vom Verf. bereits in früheren Arbeiten (cf. Centralblatt 1895/96) auseinander gesetzt wurden.

A. SOKOLOWSKI.

171) **Sänger** (Magdeburg). **Ueber die Entstehung des Näselns.** *Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 66. 1897.*

Das Näseln kommt nicht durch die Resonanz der in der Nase, sondern der im Nasenrachenraum befindlichen Luft zu Stande, indem gleichzeitig ein Theil des Ansatzrohres, die Mundhöhle, möglichst für die aus dem Kehlkopf kommenden Schallwellen unzugänglich gemacht wird. Dies geschieht beim willkürlichen Näseln durch Gesenktwerden des Gaumensegels und durch das energische Sichemporwölben des Zungenrückens. Bei einer abnormen Communication zwischen Mund und Mundtheil des Rachens einerseits, Nase und Nasentheil des Rachens andererseits kommt das Bestreben, das die Lautbildung beeinträchtigende Entweichen der Exspirationsluft durch Nasenrachenraum und Nase auf normalem Wege zu verhindern, in gewissen Muskelactionen, der Contraction des obersten Schlundschnürers, des Emporwölbens des Zungenrückens, der Contraction der Mm. glossopalatini und pharyngopalatini zum Ausdruck. Diese sind jedoch nicht im Stande, das Entweichen der Schallwellen durch Nasenrachenraum und Nase zu erschweren oder zu verhindern, machen aber andererseits die Mundhöhle für dieselbe unzugänglich und bedingen so das nicht willkürliche Näseln. SEIFERT.

172) **Sänger** (Magdeburg). **Eine neue einfache Vorrichtung zur Beseitigung der durch abnorme Communication zwischen Mund und Mundtheil des Rachens einerseits und Nase und Nasentheil des Rachens andererseits bedingten Sprachstörung.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 44. Bd. 5. u. 6. H. 1897.*

Bei einer Gaumenspalte legte S. in die Nasenlöcher zwei ovale Röhrchen mit einer nach innen sich öffnenden, nicht luftdicht schliessenden Thüre ein. Die bis dahin sehr schlechte Sprache wurde sofort viel besser. Der Apparat ermöglichte die Athmung bei geschlossenem Munde. SEIFERT.

173) **Grünbaum** (Dresden). **Erklärung des Stotterns, dessen Heilung und Verhütung.** B. Konegen. Leipzig. 1897.

Die vielen Eigenthümlichkeiten, welche sich durch das Stotterübel herausbilden, das nicht unbeträchtliche Angstgefühl, der Zweifel an dem Sprachvermögen, die Willensschwäche, das geringe Selbstvertrauen, die grosse Schüchternheit, die Befangenheit dürften nur durch eine vorwiegend psychische Behandlung der Heilung entgegengeführt werden. Bei Geschwülsten im Nasenrachenraum ist eine operative Entfernung derselben erforderlich, bei Skrophulose eine sorgfältige Behandlung am Platze, bei Nervenschwäche eine Kaltwasserbehandlung. Der Wille muss gestärkt werden, was besonders auch durch Veränderung des Sprachtempos möglich ist, die Vocale sollen sanft eingesetzt werden und allmälig anschwellen, die Vocalstellungen dürfen nicht allein mit den Lippen- und Zungenmuskeln ge-

bildet werden, der weiche Gaumen hat genügend mitzuwirken. Ein wichtiger Punkt ist ferner die Regelung der Athmung.

SEIFERT.

174) **Gutzmann** (Berlin). **Ueber periodisches Stottern und das Vorkommen des Stotterns bei verschiedenen Rassen.** *Medicin.-pädagog. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. August 1897.*

Als echtes periodisches Stottern bezeichnet G. jene Fälle, bei welchen in den Zwischenpausen die Sprache absolut normal ist. — Aus der Militärstatistik ergiebt sich, dass die Rasseneinwirkung auf das Stottern deutlich ist, die romanische Rasse ist die bei weitem am stärksten belastete, die slavische am geringsten und die germanische steht etwa in der Mitte.

SEIFERT.

175) **Liebmann** (Berlin). **Ein Fall von Stottern und Stammeln.** *Zeitschrift für prakt. Aerzte. 18. 1897.*

Ein $7^1/_2$jähriger Knabe stotterte am Anfang jedes einzelnen Wortes, das Stottern wurde noch dadurch verstärkt, dass der Patient über den gehauchten Stimmeinsatz nicht verfügte und ihn durch den festen Stimmeinsatz ersetzte. Nach L. bildet den Kern des Stotterübels die Uebertreibung der Dauer consonantischen Elementes.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

176) **G N. de Voogt** (Leiden). **Kritisch-experimentelle Betrachtungen über die Schilddrüse. (Kritisch-experimenteele beschouwingen over de Schildklier.)** Dissert. Leiden, H. Kleyw. 1896.

In dieser fleissigen Arbeit wird zuerst die Anatomie der Schilddrüse studirt. Das zweite Kapitel bringt eine historische Schilderung der hauptsächlichsten Theorien, welche in Betreff der physiologischen Function dieses Organs aufgestellt worden sind. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: „Die Thyreoidea ist eine secernirende Drüse, deren Secret für den Gesammtorganismus von grosser Wichtigkeit ist, und auf denselben einen reizenden Einfluss auszuüben vermag. Es enthält eine Jod-Verbindung, welche das ausschliessliche oder jedenfalls ein wesentliches wirksames Product der Drüse darstellt. In enger Beziehung zu der Schilddrüse stehen die Hypophysis cerebri und die Glandulae parathyreoideae, welche in grösserem oder geringerem Maasse vicariirend für erstere auftreten können“.

In dem dritten, den klinischen Folgen der totalen Thyreoidectomie gewidmeten Kapitel, kommt Verf. zu folgendem Schluss: „Nach der Thyreoidectomie kann sich anfänglich ein Zustand von Hyperaction, Symptome übermässiger Reizung entwickeln. Dieser Zustand kann entweder zum Tode führen, oder in einen Zustand bleibender Depression, oder in Heilung übergehen. Allein die Reizungserscheinungen können gänzlich fehlen und depressive Symptome allmälig auftreten. Species, Alter, Ernährung des Versuchsthieres und die Temperatur der Umgebung haben auf die Folgen der Operation Einfluss“.

Das vierte Kapitel ist den fremden und eigenen pathologisch-anatomischen

Befunden nach der Thyreoidectomie gewidmet. Im fünften werden uns die Schilddrüsenexstirpationsversuche, die Verf. an 15 Hunden und 3 Kaninchen vorgenommen hat, und die Wirkung des Jodothyrins bei einigen dieser Thiere, sowie bei drei Kropfpatienten aus van Itersons Klinik geschildert. Sämmtliche Experimente sind mit Sorgfalt ausgeführt worden. Bei den Thierversuchen sind regelmässige Zählungen der rothen und weissen Blutkörperchen und Messung der Körpertemperatur und des Körpergewichtes vorgenommen worden. Von den Hunden starben 14 nach 2 Tagen bis 7 Wochen p. o. Der 15. bekam am dritten Tage einen heftigen tetanischen Anfall mit einer Temperatur von 41,5°, Speichelfluss und bedeutender Leucocythose, welcher nach subcutaner Anwendung von Jodothyrin bald nachliess. Nach 4 Monaten war das Thier, unter zeitweiser Schilddrüsenfütterung, völlig gesund. Während Formveränderungen der Blutkörperchen nie beobachtet wurden, zeigte sich regelmässig im Anschluss an das Auftreten von Convulsionen eine beträchtliche Leucocythose. Die Versuche bei Kaninchen scheinen zu zeigen, dass die Glandulae parathyreoideae fähig sind, die thyreodectomisirten Thiere am Leben zu erhalten, wiewohl die schädlichen Folgen der Operation deutlich hervortreten. Im Uebrigen haben diese Versuche gezeigt, dass zwischen der Function der Schilddrüse und der Milz Wechselbeziehungen nicht existiren, und dass das Jodothyrin das Vermögen besitzt, parenchymatöse Strumae zu verkleinern und die Convulsionen post thyreoidectomiam zu sistiren, dass es aber bei fortgesetztem Gebrauch Puls und Respiration beschleunigt, und dass es Irregularität des Pulses und Kopfschmerz verursachen kann.

H. BURGER.

177) **Adalbert v. Chamisso de Boncourt. Die Struma der Zungenwurzel.** Aus der Freiburger Klinik des Prof. Kraske. — *Beitr. z. klin. Chir. XIX. 1897.*

Verf. stellt 13 Fälle aus der Literatur zusammen und beschreibt einen selbst beobachteten. Es handelte sich allemal um weibliche Pat., das Alter schwankt in den weitesten Grenzen. Der Tumor sitzt immer dem Orte des For. coec. entsprechend als kuglige oder eiförmige kirsch- bis hühnereigrosse Masse breitbasig dem Zungengrunde auf. Die Schleimhaut zieht über sie hinweg und ist wenig, aber deutlich verschieblich; die Farbe der Tumoren ist nicht charakteristisch, ihre Consistenz verschieden, sie sind aber nicht comprimirbar.

Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden; manchmal fehlt die Schilddrüse.

Unter den wichtigeren Symptomen seien die Blutungen erwähnt.

Verf. bespricht dann die Differentialdiagnose gegenüber dem Gummi, dem Carcinom, den Bindegewebsgeschwülsten und Sarcom und den Cytsen und die Therapie.

A. ROSENBERG.

178) **Seldovitsch** (St. Petersburg). **Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae; Entstehung eines Myxoedems nach Entfernung derselben.** *Wiener med. Presse. Referat. No. 21. 1897.*

Bei einem 14jährigen Mädchen befand sich in der Gegend des Foram. coecum am Zungengrunde eine kirschgrosse, glatte, derbe Geschwulst, die seit einigen Monaten Schlingbeschwerden verursachte. Sonst keinerlei Abnormitären zu constatiren. Der Tumor, mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt, erwies sich histologisch als Schilddrüsengewebe. Nach 7 Monaten bot die Kranke das typische

Bild eines Myxödems, das auf Thyreoidinverabreichung alsbald schwand. S. ist der Ansicht, dass die normale Schilddrüse in diesem Falle überhaupt nicht entwickelt war und die accessorische Drüse allein functionirte. CHIARI.

179) **C. E. Amabel. Kropf. (Goitre.)** *Med. Brief. April 1897.*

Erfolgreiche Behandlung mit dem galvanischen Strom, einem tonischen Regime und Jodpräparaten. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

180) **Fock. Versuch einer rationellen Kropfbehandlung.** Wien, Deutike. 1897. Referat in *Wiener med. Wochenschr. 20. 1897.*

F. empfiehlt parenchymatöse Injectionen destillirten Wassers mit Zusatz von $^1/_2$—1 proc. Carbollösung. Hierdurch wird die colloidartige Substanz verdünnt und die Exosmose und Absorption derselben befördert. Ein halber oder ganzer Theilstrich einer Pravaz'schen Spritze wird wöchentlich injicirt und die Nadel höchstens 1 cm tief in das geschwollene Organ eingeführt. CHIARI.

181) **Cnopf. Ein Fall von Cachexia thyreoidea.** *Münchener med. Wochenschr. No. 22. 1897.*

$10^1/_2$ jähr. Mädchen von cretinartigem Zustand bei starker Vergrösserung der Thyreoidea; Thyroden innerlich mit Jodsalbe local brachten Heilung. Zum Schlusse bringt C. Mittheilungen über Kropf im Kindesalter überhaupt und dessen Beeinflussung durch therapeutische Maassnahmen. SCHECH.

182) **Farner** (Bern). **Beiträge zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii mit besonderer Berücksichtigung des Struma.** Berner Dissertation. 1897.

Von den 10 Basedowstrumen waren makroskopisch 8 diffuse und 2 nodose. Mikroskopisch zeigen diese Hyperplasien im Wesentlichen die Symptome von Hypersecretion; starkes Vorwiegen der Colloidzellen und der schmelzenden Zellen im Epithel, pralle Füllung der Follikel und der Lymphgefässe, bei einigen nur der Lymphgefässe, mit Colloid; ferner Herde von interfollicularem Epithel, welche bei gewöhnlichen Strumen nur ausnahmsweise gefunden werden; endlich grosse Zellen mit sehr grossen Kernen, sowie Zellen mit grossen chromatinreichen, unregelmässigen Kernen und grosse colloide Zellen. Die sehr eingehende Beschreibung der mikroskopischen Befunde muss natürlich im Original studirt werden. JONQUIÈRE.

183) **Sänger. Ein operirter Basedow-Fall.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 14. 1897.*

Bei einer 28 jähr. Näherin trat in Folge der Operation eine beträchtliche Steigerung sämmtlicher Symptome auf, weshalb Saenger die Berechtigung der Operation bei Basedow überhaupt in Zweifel stellt. SCHECH.

184) **Joh. A. Anderson** (Stockholm). **Ein Fall von Myxoedem mit Thyreoidea-Tabletten behandelt. (Ett fall af myxoedem behandladt med thyreoidea-tabletter.)** *Hygiea. März 1896.*

Verf. beschreibt einen Fall von typischem Myxoedema idiopathicum bei einer 46 jährigen Wittwe, die mit Thyreoidintabletten (Burroughs, Wellcome & Co.'s

„Tabloids“) behandelt wurde. Das Resultat war sehr ermunternd. Das Körpergewicht nahm während der Behandlung von 82 bis 72,5 kg ab. Die Patientin wurde weniger apathisch, die früher heisere und monotone Stimme wurde kräftig und klangvoll, der Kräftezustand besserte sich, die Haut wurde warm und feucht.

SCHMIEGELOW.

g. Oesophagus.

185) **Redact. Bemerkung. Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre. (On the removal of foreign bodies from the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 17. April 1897.*

Die Localisation der Fremdkörper ist durch die Einführung der X-Strahlen leicht geworden. Man eröffnet unten — ohne in den Oesophagus selbst einen Schnitt zu machen —, palpirt den Fremdkörper und drängt ihn unter vorsichtigen Manipulationen nach oben, bis man ihn vom Munde aus mit einer Mathieu'schen Zange fassen kann.

LEFFERTS.

186) **Barbarin. Fremdkörper im Oesophagus. Radiographie. Entfernung auf natürlichem Wege. (Corps étranger de l'oesophage. Radiographie. Issue par les voies naturelles.)** *Medecine Moderne. 21. April 1897.*

2 jähriges Kind, das ein kupfernes 5 Centimesstück verschluckt hat. Durch Radiogramm wird festgestellt, dass der Fremdkörper im dorsalen Abschnitt der Speiseröhre, gerade oberhalb ihrer normalen Verengerung steckt. Als eben die äussere Oesophagotomie gemacht werden soll, gelingt es mit der Sonde das Geldstück in den Magen zu stossen. Nach 10 Tagen (17 Tage, nachdem es verschluckt wurde) erscheint es im Stuhl.

PAUL RAUGÉ.

187) **J. W. Keefe. Fremdkörper im Oesophagus durch X-Strahlen entdeckt. (Foreign body in the oesophagus and its detection by the X ray.)** *Atlantic Med. Weekly. 29. Mai 1897.*

Ein Skiagramm zeigte den Fremdkörper in der Mittellinie des Sternums zwischen der 2. und 4. Rippe. Der Pat. war ein $3^1/_2$ Jahre alter Knabe, der den Fremdkörper, eine kleine Pfeife, vor 3 Tagen verschluckt hatte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

188) **H. Zeehuisen** (Utrecht). **Etwas über die Behandlung von Speiseröhrenverengerungen. (Iets over de behandeling van slokdarmvernauwingen.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 23. 1897.*

Nach Erörterung der Nachtheile der Bougiesbehandlung bei Oesophagus-Stenosen beschreibt Z. eine Methode, die er in 2 Fällen mit caustischer Genese erfolgreich angewendet hat. Beide Patienten kamen erst mehrere Monate nach dem Verschlucken des Causticum in Behandlung. In beiden Fällen war die

Speiseröhre für filiforme Bougies undurchgängig. Z. liess kleine Silberkugeln von 2—7 mm Durchmesser anfertigen, liess dieselben durchbohren und durch die feine Oeffnung einen Seidenfaden befestigen. Zuerst wurde des Abends die kleinste Kugel verschluckt. Am nächsten Morgen wurde constatirt, dass dieselbe sich im Magen befand, und wurde sie am Faden extrahirt. Allmälig kamen stärkere Nummern in Anwendung. Die Heilung war eine vollständige. Bei dem zweiten am längsten beobachteten Patienten dauerte die Behandlung 6 Wochen; 3 Monate später überzeugte sich Z., dass eine Bougie von 11 mm Durchmesser bequem passirte.

H. BURGER.

189) **Bard** (Lyon). **Speiseröhrenkrebs und Kehlkopflähmung. (Cancer de l'oesophage et paralysie laryngée.)** *Société des sciences médic. de Lyon. 3. März 1897.*

Der Kranke war atrophisch und zeigte eine Lähmung und Atrophie des linken Stimmbandes. Er starb in Folge von Schluckpneumonie. Die Section ergab eine Neubildung im mittleren Theile der Speiseröhre, ferner einen tiefer gelegenen secundären Geschwulstknoten, der die Cardia verengte.

PAUL RAUGÉ.

190) **J. Mintz. Ueber das Verhalten der Magenfunctionen beim Oesophaguscarcinom. (Przyczynek do zachowania sic czynnosci zotadka przy raku przetyku.)** *Medycyna. No. 25. 1897.*

Bei einer 62jährigen an Oesophaguscarcinom leidenden Frau wurden vom Verf. eine Reihe von Magenuntersuchungen vorgenommen, aus denen hervorgeht, dass keine wesentlichen Veränderungen im Mechanismus und Chemismus der Magenverdauung vorhanden waren.

SOKOLOWSKI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Laryngo-rhinologische Section des XII. internationalen Aerztecongresses.

Sitzung, den 7./19. August 1897, 7½ Uhr Nachmittags.

Die Sitzungen der rhino-laryngologischen Section wurden vom Geschäftsführer der Section Dr. Stepanow eröffnet, welcher die Mitglieder bewillkommnete, von den Erfolgen in unserem Gebiete der Wissenschaft seit dem letzten Congress sprach und auf die Verluste, welche die medicinische Welt in dieser Zeit erlitten, hinwies.

Hierauf wurden die Ehrenpräsidenten und Secretäre der Section gewählt.

Sitzung, den 8./20. August 1897, 9 Uhr Morgens.

Vorsitzender: Dr. P. Heymann (Berlin), Prof. O. Chiari (Wien).
Secretäre: Dr. Rosenberg (Berlin), Dr. Louis Bar (Nice), Dr. Arthur J. Hutchison (Glasgow).

Off. Ref. Dr. J. W. Gleitsman (New York): Der Fortschritt in der Behandlung der Kehlkopftuberculose seit dem letzten internationalen Congress.

Nach einigen Vorbemerkungen, in welchen Referent daran erinnert, dass die Kehlkopftuberculose meistentheils eine locale Aeusserung allgemeiner Infection ist und dass die Zahl der geheilten Fälle im Verhältniss zu der grossen Anzahl der Kranken sehr gering ist, macht er den Vorschlag die Therapie in medicinische, chirurgische und allgemeine einzutheilen.

Referent ist mit der Meinung Prof. Stoerk's über die Nutzlosigkeit des Creosots nicht einverstanden und gebraucht mit Vorliebe Creosot- und Guajacolcarbonate. Von Tuberculin und seinen Derivaten hat Referent bei Kehlkopftuberculose keine Erfolge gesehen. Die locale Therapie besteht aus Pulverisation, Inhalation, Insufflation, Injection und Bepinselung. Botey gebrauchte Injectionen von Guajacol und Creosot, Barton gebrauchte mit Erfolg in denselben Fällen Benzoinol, Europhen, Menthol. Die Milchsäure, welche im Jahre 1885 von Prof. Krause in die Praxis eingeführt wurde, ist scheinbar das am meisten anerkannte Mittel bei tuberculösen Geschwüren. Phenol. sulforicinicum von Dr. Ruault und Parachlorphenol von Dr. Simanowski und Dr. Spengler bewirken nicht nur Heilung der Geschwüre, sondern auch Absorption der Infiltrate. Die letztere Eigenschaft ist von vielen anerkannt und auch Referent hat sich davon überzeugen können. Encymol, ein neues von Dr. Murray aus Washington vorgeschlagenes Mittel, ist das beste Hülfsmittel bei Curettement und Milchsäure, da bei seinem Gebrauch der Detritus, welcher die Geschwüre bedeckt, rasch absorbirt wird. Die chirurgische Behandlung besteht aus Incision, Curettement, submucöser Injection, Electrolyse, Galvanocauterisation, Laryngotomie, Laryngectomie, Tracheotomie und Intubation. Referent bemerkt, dass das Curettement in den Vereinigten Staaten öfter gebraucht wird, nachdem Referent vor 2 Jahren in der „American Laryngological Association" ausführlich über die chirurgische Behandlung gesprochen. Referent hält das Curettement für indicirt 1. in Fällen primärer Kehlkopftuberculose, 2. bei begrenzter Infiltration des Larynx, 3. bei festen Infiltrationen der Reg. arytaenoidea, der hinteren Wand, der Taschenbänder, 4. im ersten Stadium der Lungenaffection, 5. bei bedeutender Affection der Lungen, welche von schmerzhafter Dysphagie begleitet wird. Curettement kann nicht vorgenommen werden 1. wenn die Lungenaffection zu weit vorgeschritten ist, 2. bei disseminirter Larynxaffection, 3. bei bedeutender Infiltration, welche eine starke Stenose hervorruft. Von anderen chirurgischen Mitteln erwähnt Referent submucöse Injection, für welche Dr. Chapell aus New York eine Creosotlösung in Ricinus- und Gaultheriaöl gebrauchte. Die Behandlung mit Electrolyse mit Hülfe sphärischer Electroden aus chemisch reinem Kupfer hat Dr. Scheppegrell aus New-Orleans vorgeschlagen, welcher

gute Resultate damit erzielt hat. Bei starker Stenose ist Tracheotomie, Laryngotomie und Intubation indicirt. Zum Schluss sprach Referent die Ueberzeugung aus, dass, wenn die Nothwendigkeit früher chirurgischer Behandlung der Kehlkopftuberculose allgemein anerkannt wird, die Resultate günstiger sein werden als jetzt.

Discussion.

Dr. Leduc (Paris) empfiehlt für die Einführung von Pulver oder Flüssigkeiten in den Larynx sein Instrument, welches aus einem gebogenen Glasrohr besteht und welches der Kranke ohne Arzt und ohne Laryngoskop benutzen kann.

Dr. Weil (Wien) erwähnt die schmerzstillende Wirkung von Antipyrininsufflationen.

Dr. P. Heymann (Berlin) bestätigt die schmerzstillende Wirkung des Antipyrins, zieht aber Tolypyrin vor.

Prof. O. Chiari: Die locale chirurgische Behandlung ist nur bei geringer Lungenaffection, gutem Allgemeinzustande und wo Schlingbeschwerden bestehen indicirt. Locale vorübergehende Heilungen zu erzielen, gelingt wohl zuweilen, aber dauernde hat Chiari nie gesehen.

Dr. Gorodezki (Kischinew) hat in einem Falle hochgradiger Stenose intralaryngeale Exstirpation der stenosirenden Schwellungen vorgenommen. In Bezug auf die Athmung blieb der Kranke in gutem Zustande.

Prof. Moure (Bordeaux) zieht scharfe Zangen vor. Das Curettement ist nicht immer ausreichend und giebt manchmal den Anstoss zur allgemeinen Infection.

Privatreferate.

Dr. R. Botey (Barcelona): Die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose und ihre Resultate.

1. In acuten und subacuten Fällen der Larynxtuberculose ist die chirurgische Behandlung nicht angezeigt.

2. Dasselbe gilt auch für chronisch infiltrirte Geschwüre, die sich auf das ganze oder beinahe das ganze Organ verbreiten, abgesehen davon, ob eine vorgeschrittene Lungenaffection dabei existirt oder nicht.

3. In den übrigen 15—20 pCt.: bei fast immer beschränkter Lupusaffection, bei vegetativer und polypoider Tuberculose, bei einseitigen oder hauptsächlich am Larynxeingange localisirten Infiltrationen und bei ulcerösen Infiltrationen, die auf ein Drittel oder auf die Hälfte des Organs verbreitet sind, ist der chirurgische Eingriff vollkommen am Platze, wenn der allgemeine Zustand ihn zulässt.

4. Scarificationen sind nutzlos, Electrolyse wirkt langsam und manchmal schädlich; nur Galvanokauterisation kann bei Lupus nützlich sein.

5. Die Resultate hängen grösstentheils von der Auswahl der Fälle ab; fast immer beobachtet man Linderung der Schmerzen, bedeutende Besserung und Lebensverlängerung.

In einigen Fällen kann man vollständige Genesung auf mehrere Jahre (4 bis 5 pCt.) erreichen.

Referent gründet seine Sätze auf mehr als 100 von ihm operirte Krankheitsfälle mit Larynxtuberculose.

Prof. A. Gavino (Mexico): Die Behandlung der Larynxtuberculose mittels Ausschabung, Kreosot, Hydrog. hyperoxydat und Intubation.

Da Referent einsieht, dass die Behandlung der Kehlkopftuberculose nach vorhandenen Methoden nicht von Erfolg gekrönt wird, schlägt er zur Besserung des Kehlkopfzustandes seine eigene Methode vor, welche auf ausdauernder Anwendung der Antiseptik beruht. Nach Ausschabung der Geschwüre mit einem scharfen Löffel unter Cocain, wendet er mit Hilfe eines Spray eine Lösung von Kreosot in 1 proc. Milchsäure mit $^{1}/_{1000}$ Hydronaphthol an. Nach einigen Minuten besprengt er den Kehlkopf mit reinem oder 50 proc. Hydrog. hyperoxyd. durch eine gebogene Glasröhre, welche der Kranke wie eine Cigarre im Munde hält. Bei der Ausschabung geht er nicht weiter als bis zu den Taschenbändern. In zwei Fällen, wo der Kehlkopf fast ganz zerstört war, machte er die Ausschabung nach der Tracheotomie und wandte dann Kreosotlösung an. In vielen Fällen ermöglichte die Intubation die Ausschabung oder die Anwendung seiner Mittel. In schweren Fällen bei zu grossen Kehlkopfaffectionen erlaubt nur die Tracheotomie die Anwendung seiner Behandlung ohne Asphyxie zu befürchten. Intralaryngeale Einspritzungen von 2—3 g Oel mit Kreosot und Jodoform bewirken Besserung.

Dr. Przedborski (Lodz): Ueber Phenol sulfo-ricinicum bei Larynxtuberculose und manchen chronischen Nasen- und Rachenleiden.

1. Das Phenol sulfo-ricinicum kann als Specificum gegen die Larynxtuberculose und als Recidive verhütendes Mittel nicht betrachtet werden, immerhin reiht sich dasselbe der Milchsäure ebenbürtig an. In Verbindung mit der chirurgischen Behandlung gelingt es manchmal den Kranken eine bedeutende Besserung und sogar temporäre Heilung zu verschaffen.

2. Das Phenol sulfo-ricinicum besitzt der Milchsäure gegenüber einige wesentliche Vortheile. Die Application desselben ist den Kranken angenehmer, verursacht geringere Schmerzen, macht die Cocainanwendung fast unnöthig, doch bewähren sich, wie Autor glaubt, die durch das Phenol erreichten Heilerfolge weniger dauerhaft, als dieselben bei der Milchsäure.

3. Das Mittel wirkt, wie das richtig Heryng angiebt, am promptesten bei der tuberculösen Infiltration der wahren Stimmbänder, der ary-epiglottischen Bänder, der Santorinischen und Aryknorpel und bei zerfallenden Infiltraten und Exulcerationen im interarytaenoidalen Raume. Weniger erfolgreich werden durch das Phenol sulfo-ricinicum die diffusen Infiltrate an der Epiglottis und am allerwenigsten, dieselben der Taschenbänder beeinflusst. In diesen letzten Fällen leistet die Combination der Phenolbehandlung mit der localen chirurgischen Therapie bedeutend bessere Dienste.

4. Als symptomatisches Mittel verdient das Phenol sulforicinicum eine viel grössere Anwendung, dasselbe versagt auch in den verzweifeltsten Fällen nicht

seine mildernde und schmerzaufhebende Wirkung. Besonders wird durch dasselbe die peinliche Dysphagie erfolgreich besiegt.

5. Bei der Rhinitis atrophica (6 Fälle) leistete die 20 proc. Phenollösung (Bepinselungen jeden dritten Tag nach reichlicher Ausspülung und Reinigung der Nasenhöhle) gute temporäre Erfolge: das lästige Gefühl der Trockenheit im Halse schwand, der penetrante Geruch wurde kaum wahrnehmbar, auch war die fortwährende Bildung von Krusten im geringen Maasse herabgesetzt.

Bei der hypertrophischen Form des Nasenkatarrhs gelang es dem Autor in 2 Fällen die derbe Verdickung der Schleimhaut der unteren Muscheln durch 4-malige Anwendung des 30 proc. Phenol zum Schwinden zu bringen.

Auch in 3 Fällen von Pharyngitis lateralis schwanden die seitlichen Wülste nach mehrmaliger Application derselben Lösung.

Dr. P. Heymann (Berlin): Ueber den Begriff des Kehlkopfkatarrhs.

Der Begriff Katarrh wird von den verschiedenen Autoren in mannigfacher Weise interpretirt, seitdem der alte hippokratische Begriff des Katarrhs im Laufe der Jahrhunderte verwischt ist.

Zwei Gesichtspunkte sind es im Wesentlichen, durch die gegenwärtig der Katarrhbegriff begrenzt wird. Erstens der pathologisch-anatomische, sodann der ätiologische.

Für das klinische Bedürfniss erscheint uns wesentlich der letztere ausschlaggebend. Die Aetiologie ist bestimmend für die Diagnose und für den klinischen Verlauf. Wir werden von diesem Gesichtspunkte aus alle entzündlichen Affectionen der Kehlkopfschleimhaut als katarrhalisch bezeichnen, die ihre Entstehung nicht einer constitutionellen (dyscrasischen) Grundlage und nicht einem Trauma verdanken. Es bleiben also für den Katarrh übrig die thermischen Einflüsse (Ueberhitzung, Erkältung) und die mechanischen und chemischen Veranlassungen (Ueberanstregung—Staub—Gase etc.).

Somit werden in dem Begriffe Katarrh auch jetzt noch Dinge vereinigt werden, die eigentlich getrennt werden müssen und es in Zukunft auch wohl werden.

Die klinische Erscheinung und die Prognose sind aber so gleichartig, dass zur Zeit eine weitere Differenzirung sich noch nicht als möglich erweist.

Discussion.

Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg): Den Begriff des Kehlkopfcatarrhs auf der Basis der Aetiologie zu fixiren, ist jedenfalls gewagt. Es giebt nämlich Entzündungserscheinungen, die als Folge von Syphilis und Tuberculose im Larynx auftreten, die der Herr Vorredner von dem Begriff des Larynxcatarrhs ausschliessen will, die sich aber in den Symptomen und dem Verlauf von dem Catarrh im Sinne des Vorredners gar nicht unterscheiden. Heut zu Tage dürfte es am rationellsten sein, an dem bisherigen Standpunkte festzuhalten und zunächst nach den klinisch anatomischen Verhältnissen alle diejenigen Veränderungen der Schleimhaut, die sich durch Röthe, Schwellung und Secretionsanomalie auszeichnen, ohne Rücksicht auf die Aetiologie zu dem Begriffe des Catarrhs zu rechnen. Dass es bei

starker Hyperämie und entzündlicher Reizung zu Epithelabschilferung und zu Erosionen, selbst zu tieferen Geschwüren kommen kann, dass es also auch catarrhalische Ulcerationen giebt, unterliegt keinem Zweifel. In diesem Punkte stimme ich mit dem Vorredner überein.

Sitzung, den 8./20. August 1897, 2 Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Jurasz (Heidelberg).
Secretäre: Dr. Richard Kayser (Breslau), Dr. Louis Bar (Nice).

Off. Ref. Prof. von Hacker (Innsbruck): Ueber die Oesophagoskopie und ihre klinische Bedeutung.

Nach einem kurzen Hinweis auf die geschichtlichen Phasen, welche die Oesophagoskopie durchmachte, bis sie zu dem heutigen Stande gelangte, wird begründet, warum der Referent das von ihm angewendete Verfahren der Oesophagoskopie nach dem Principe von Mikulicz in der durch die Verwendung von einem Glühlämpchen ausgehenden reflectirten Lichtes vereinfachten und verbesserten Form, von der sich auch Rosenheim's Untersuchungsart nur im Unwesentlichen unterscheidet, für das der Zeit Zweckmässigste hält. Es werden hierauf unter Zugrundelegung des Aussehens und physiologischen Verhaltens des normalen Oesophagusinnern, die davon abweichenden bedeutungsvollsten Befunde bei den wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen: den entzündlichen Processen, den Verengerungen, der Erweiterung, der Divertikelbildung, den Neubildungen und den Fremdkörpern besprochen. Aus diesen Auseinandersetzungen ergiebt sich die klinische Bedeutung der Oesophagoskopie, die in erster Linie ein diagnostisches Hilfsmittel ist, aber ausserdem ganz besonders bei den Fremdkörpern in der Speiseröhre auch therapeutischen Zwecken dient.

Hierauf wird das Instrument demonstrirt, die Technik seiner Einführung besprochen und am Lebenden gezeigt.

Discussion.

Dr. Gottstein (Breslau) sagt, dass Prof. Mikulicz die Seitenlage beibehält, systematische Cocainisirung des Rachens und Kehlkopfes anwendet, das Caspar-sche Panelectroskop benutzt und meist noch einmal vor der Oesophagoskopie sondirt. Der Kranke ist angewiesen, sobald er Beschwerden erheblicher Art empfindet, mit der Hand ein Zeichen zu geben, worauf das Instrument sofort entfernt wird. Daran schliesst sich eine kurze Schilderung der 33 im letzten Jahre ösophagoskopirten Patienten, unter denen einige Fälle von Oesophaguscarcinom mit Struma und ein Gummi oesophagi besonders interessant waren.

Prof. Rosenheim (Berlin) betont die von ihm empfohlenen, bereits bewährten Modificationen des Oesophagoskops und illustrirt die Verwerthbarkeit der Oesophagoskopie an einer Reihe von klinischen Beobachtungen. Alsdann macht er Mittheilung über die Benutzung des Oesophagoskops zum Zweck der Tracheoskopie.

Prof. v. Hacker (Schlusswort) bemerkt, dass er im Anfang die Bepinselung

des Larynx mit Cocain ausführte, dann aber die Erfahrung machte, dass dies nicht nöthig sei. Manche Kranke ziehen die Rückenlage der Seitenlage vor. Prof. Rosenheim antwortet er, dass gewisse geringfügige technische Veränderungen, wie z. B. die Scala auf den Tuben recht practisch sei, dass er nur gesagt hat, dass das Verfahren, das Rosenheim anwendet, im Wesentlichen dasselbe ist, welches Referent ausübt.

Sitzung, den 9./21. August 1897, 9 Uhr Vormittags.

Vorsitzender: Dr. J. W. Gleitsman (New York).
Secretäre: Dr. L. Bar, Dr. A. Hutchison.

Off. Referat: Cancer laryngis, Diagnose und Therapie.

Dr. G. Catti (Fiume) spricht über die Differentialdiagnose des Kehlkopfkrebses auf Grund seiner klinischen Symptome.

Prof. O. Chiari (Wien): Cancer laryngis. Diagnose und Therapie.

Chiari referirt über den derzeitigen Stand der Diagnose und Therapie des Larynxcarcinoms auf Grund der fremden Statistik und fremder diesbezüglicher Arbeiten. Ausserdem bezieht er sich auf ein Material von nahezu 70 Fällen eigener Beobachtungen, von denen er 12 durch partielle Exstirpation von aussen her und einige andere endolaryngeal operirte. Da die Diagnose ausführlich von dem Correferenten, Primarius Dr. Georg Catti, besprochen wird, beschränkt sich Chiari hauptsächlich auf die Frage der histologischen Diagnose und beleuchtet deren Werth durch Anführung einiger Beispiele.

Ferner ergeht er sich des Näheren über die Differentialdiagnose gegen Papillom, Pachydermie, Tuberculose und Syphilis.

Die Therapie hat zunächst Rücksicht zu nehmen, ob das Individuum für eine eingreifende Maassnahme kräftig genug ist, und ob Aussicht besteht, alles Krankhafte entfernen zu können.

Endolaryngeale Eingriffe sind als curative Behandlung, selbst bei geringer Grösse und Ausbreitung der Neubildung, von sehr zweifelhaftem Werthe, dagegen sind probeweise Excisionen einzelner Theile behufs Sicherung der Diagnose durchaus zulässig, da sie gewöhnlich das Wachsthum der Geschwulst nicht beschleunigen. Doch kommt solches ausnahmsweise vor; daher soll man der Probeexcision die radicale Operation so schnell als möglich folgen lassen.

Als typische Behandlung wird die Laryngofissur, eventuell halbe oder totale Exstirpation hingestellt. Die günstigsten Resultate liefert die erste Methode, wenn es sich nur darum handelt, ein Stimmband oder Taschenband zu exstirpiren, denn die Operation ist ungefährlich und ihr Resultat ist meist völlige Herstellung freier Athmung und guter Stimme, ohne dass der Patient gezwungen wäre, die Canüle zu tragen.

Weniger gute Erfolge liefert die halbseitige Exstirpation, da danach meist die Canüle liegen bleiben muss. Auch ist das Schlingen oft behindert. Endlich ist auch die Operation gefährlicher.

Dasselbe gilt in noch höherem Maasse von der totalen Exstirpation des Larynx.

Alle diese Operationen sollten in der Regel nur bei innerem Krebs vorgenommen werden. Drüseninfiltrationen von irgend bedeutender Ausdehnung verschlechtern die Prognose sehr bedeutend. Aus diesen Daten erhellt die Wichtigkeit, den Krebs des Kehlkopfes sehr frühzeitig zu diagnosticiren, da man dann dem Patienten eher eine dauernde Heilung mit Functionserhaltung des Larynx garantiren kann.

Bei nicht mehr operablen Carcinomen ist die Tracheotomie vorzunehmen, wenn Stenose besteht, oder man kann die das Lumen verengenden Wucherungen endolaryngeal entfernen.

Discussionen.

Dr. L. Bar (Nice) theilt einen Fall maligner Larynxgeschwulst bei einer 65 Jahre alten Dame mit, welche an Lungentuberculose litt.

Vorsitzender Dr. Gleitsman hebt einige discussionswerthe Punkte hervor und zwar: 1. Complicationen des Krebses mit anderen Krankheiten und die daraus resultirenden differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, 2. die Berechtigung und Resultate der endolaryngealen Methode und 3. das Operationsverfahren nach Solis-Cohen (Annähen der Trachea an die äussere Haut des Halses nach Totalexstirpation des Kehlkopfes).

Prof. H. Krause (Berlin) betont die Nothwendigkeit der exacten histologischen Untersuchung. Laryngofissur nur bei ganz begrenzten Tumoren. Das Vernähen der durchschnittenen Trachea an die Haut des Halses und Auskleiden der Wunde mit Pharynxschleimhaut (nach der Methode von Prof. Gluck-Berlin) giebt ausgezeichnete Erfolge.

Dr. M. Hajek (Wien) trennt die Laryngocarcinome von denen des Pharynx nach ihrem Verlaufe und in prognostischer Beziehung. Mit Tuberculose kann das Carcinom am wenigsten verwechselt werden — die Infiltrate um das Carcinom herum sind höckerig. Die frühzeitige Bewegungshemmung ist nicht in allen Fällen zu finden.

Dr. Castex (Paris) spricht von dem Nutzen der explorativen und partiellen Thyrectomie und notirt eine latente, manchmal sehr grosse Propagation auf die Speiseröhre ohne Adenopathien des Halses.

Dr. Spengler (St. Petersburg) spricht von Bepinselung mit 5—10proc. Parachlorphenollösung in Glycerin als von einem sehr wirksamen Desinficiens und sehr gutem Anästheticum.

Dr. A. Rosenberg (Berlin) hat zuweilen in Frühstadien des Larynxcarcinoms die Klage über einen nach dem Ohre hin ausstrahlenden Schmerz gehört. Bei von der aryepiglottischen Falte ausgehenden Carcinomen handelt es sich fast immer um solche des Pharynx resp. Oesophagus. Mikroskopische Untersuchung lässt öfters im Stich. Jodkali bewirkt manchmal eine vorübergehende Besserung.

Dr. Th. Heryng (Warschau) betont, dass für die mikroskopische Untersuchung ein genügend grosses Stück ausgeschnitten werden muss, sonst ist die mikroskopische Diagnose zweifelhaft.

Dr. Weil (Wien) erwähnt eines Mannes, dem vier Probeexcisionen gemacht wurden, welche nur entzündliche Infiltrationen der Schleimhaut ergaben und bei dem die antiluetische Kur eclatante Erfolge gab. Nach 5 Monaten aber erlag der Kranke einem exquisiten Carcinom.

Vorsitzender Dr. Gleitsman erwähnt eine auffallend weisse Färbung der malignen Geschwulst in einem seiner Fälle, wo der ganze Morgagnische Ventrikel „wie mit Baumwolle gestopft war" und macht von Neuem auf die Exstirpation aufmerksam mit Annähen der Trachea an die Haut, um so mehr als nicht nothwendiger Weise absoluter Sprachverlust damit verbunden ist.

Schlussbemerkungen von Prof. O. Chiari und Dr. Catti.

Sitzung den 9./21. August 1897, 2 Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: Prof. Okada (Tokio).
Secretär: Dr. A. Hutchison.

Off. Ref. Dr. J. Macintyre (Glasgow): Die Anwendung der X-Strahlen in der Rhino-laryngologie.

An Stelle des Dr. J. Macintyre wurden seine Photographien von Dr. Hutchison demonstrirt.

Privat-Ref. Dr. A. Rosenberg (Berlin) beschreibt einen Fall von Laryngitis fibrinosa non diphtherica bei einem 67 Jahre alten Hospitaliten. Der Patient hatte Narbenverwachsungen in seinem Pharynx, was für eine frühere Lues sprach. (Die ausführliche Beschreibung des interessanten Falles muss im Original gelesen werden.)

Discussion.

Dr. Middlemass Hunt (Liverpool) beobachtete einen ähnlichen Fall bei einer Patientin, wo kein Verdacht auf Lues war.

Prof. O. Chiari hält die Krankheit für Pemphigus, der nicht selten auf der Schleimhaut beginnt; er hat öfters ähnliche Fälle bei gleichzeitigem Pemphigus der Haut gesehen.

Dr. A. Rosenberg: Das Beschränktbleiben des Processes auf den Larynxeingang, das Nichtfortschreiten auf Pharynx und Mundhöhle, das dauernde Fehlen von Blasenbildung spricht hier für eine Besonderheit des Processes.

Sitzung den 10./22. August 1897, 9 Uhr Morgens.

Vorsitzender: Prof. Cozzolino (Neapel).
Secretäre: A. Hutchison. R. Kayser.

Off. Ref. Prof. Dr. H. Krause (Berlin): Aetiologie und Therapie des Verlustes der Singstimme.

1. Von den schon in der constitutionellen Anlage begründeten allgemeinen



ätiologischen Momenten der Erkrankung der Singstimme verdienen die grösste Beachtung die Chlorose, die Anämie und die neuropathische Belastung.

2. Die besonderen Ursachen sind zu scheiden in:

a) Solche, welche von der Intelligenz, der künstlerischen Auffassung,

b) Solche, welche von den peripheren Organen, dem Windrohr, dem Kehlkopf und dem Resonanzrohr ausgehen.

Ad a) sind anzuführen: Unfähigkeit zur selbstständigen Controlle der Kraftübungen und Leistungen des Stimmorgans, lückenhaftes seelisches Empfinden, Neurasthenie, Psychosen.

Ad b) 1. Mittelbare Ursachen: Ungenügende Entwickelung des Kehlkopfes, Windrohres oder Resonanzrohres bei ausreichender Intelligenz; daher Missverhältniss zwischen Wollen und Können.

Fehlerhafter Gesangsunterricht; mangelhafte Vor- und Ausbildung der Gesanglehrer für ihren Beruf; einseitiger, verschrobener Unterricht durch Routiniers; Ansprüche, welche an den Unterricht zu stellen sind.

U. A. sollen Gesangslehrer ausser musikalischen Fähigkeiten und Kenntnissen ein zu bestimmendes Maass an Wissen in der Anatomie und Physiologie des Stimmorgans besitzen und sind dahin zu informiren, dass jede Stimmstörung auf organische Veränderungen zurückzuführen ist und nicht ihrem Urtheil, sondern dem des sachkundigen Arztes untersteht.

Ad b) 2. Unmittelbare Ursachen: Die Erkrankungen der Kehlkopfschleimhaut bei Sängern; ihre Ursachen, ihr Verlauf, ihre Heilung; andere Krankheiten, welche auf die Stimme störend einwirken können.

Die einfachste Form der Erkrankungen des Kehlkopfes stellt die vermehrte Gefässinjection, Hyperämie der Schleimhaut dar. Dieselbe entsteht gewöhnlich durch periodische Ueberanstrengung des Stimmorgans, durch Fortsetzung der Singübungen trotz vorhandenen Katarrhs, durch Rauchen und übermässigen Alkoholgebrauch, oder tritt als Fortsetzung von Bronchien-, Nasen- oder Rachenkatarrh auf. In einzelnen Fällen kann es durch plötzliche Ueberanstrengung zu Blutungen in der Schleimhaut oder im Muskelgewebe kommen. In solchen Fällen hat Referent nach Scarification gute Erfolge gesehen. Bei längerem Bestehen rufen katarrhalische Vorgänge allmählich stärkere Veränderungen der Schleimhaut hervor.

Die Pachydermie ist eine der folgenschwersten Erkrankungen des Sängerkehlkopfes und ihr Entstehen hängt sowohl von der Reizbarkeit der Schleimhaut der oberen Luftwege, als auch von den Fehlern bei den Gesangsleistungen ab. Als Begleiterscheinung entstehen Muskelparesen (am häufigsten mit Thyreo-arytaenoidei), welche exacte und feinere Leistungen unmöglich machen. Die Behandlung der Pachydermie ist folgende: Abtragen der Warzen an den Processus vocales oder der hinteren Wand, Ruhe und Beseitigung der entzündlichen Begleiterscheinungen; wo es zu Paresen gekommen ist, endolaryngeale Faradisation und gewisse gymnastische Uebungen der Stimmmuskulatur.

Die Stimmbandknötchen kommen fast ausschliessliesslich bei Sängern vor und öfter bei Frauen als bei Männern. Sie verhindern das Piano, die Mittellage, das Singen mit zarten und weichen Tönen. Beim Beginn des Processes gelingt

es, ganz kleine Knötchen durch monatelange Ruhe des Organs zum Verschwinden zu bringen. Etwas grössere Knötchen erfordern eine chirurgische Behandlung. Die Immobilisirung eines Stimmbandes in Medianstellung hindert nicht am Singen.

Die Erkrankungen der Trachea, der Bronchien, der Lungen und der Resonanzhöhlen berühren die Stimmbildung nur mittelbar. Schon mässige Abweichungen vom idealen anatomischen Bau wirken auf das Timbre ein. Schon eine einfache Rhinitis giebt ein lästiges Gefühl von Trockenheit und Spannung in Nase und Rachen und erschwert die Tonbildung. Tritt Eiterung oder Ansammlung von Secret im Nasenrachenraum, granulirende oder atrophische Entzündung, hyperplastische Verdickung der Nasen- oder Rachenschleimhaut oder Vergrösserung der Zungenbalgdrüsen ein, so kommen dieselben Erscheinungen wie bei den Adenoiden der Nasenrachenhöhle vor. Die Therapie ist dieselbe wie bei Nichtsängern.

Discussion.

Dr. Cube (Mentone) führt einen Fall an, wo eine sehr geübte Sängerin das Kehlgefühl für einen bestimmten Ton unmittelbar nach einem acut aufgetretenen Larynxcatarrh verlor.

Dr. P. Hellat meint, dass der Gesangsunterricht einer gewissen ärztlichen Controle unterlegt werden soll.

Dr. Barth (Brieg) empfiehlt kurze Gesangsübungen bei der Chlorose. Die Gesanglehrer sind vor allem darüber zu belehren, dass die Ausbildung der Stimme viele Jahre erfordert und die ganze Athemtechnik, die Grundlage des Singens, ohne Ueberanstrengung des Kehlkopfes grundsätzlich anzustreben, beim tiefsten, wie beim höchsten Tone.

Dr. Gleitsman hat bei Berufssängern, ohne ihre Thätigkeit zu unterbrechen, bei einer abnormen Sensation des Halses, bei beginnender Pachydermie die Atomisation mit Benzoinol-Mentholcamphor mit Erfolg gebraucht. Für die Erkennung der geringsten Stimmanomalien wäre vielleicht eine Beobachtung von Dr. Curtis von Nutzen, der gezeigt hat, dass jeder Ton in ein am Ende mit einem Fell überzogenes Rohr gesungen eine ganz bestimmte Figur erzeugt, die bei nicht absoluter Norm des Kehlkopfes oder Ansatzrohres nicht in der Klarheit oder Deutlichkeit auftritt, die wir beim normalen Ton sehen.

Dr. G. Catti. Das Umschnappen der Stimme ist oft eine Folge des chronischen Luftröhrencatarrhs und des Anklebens der kleinen Schleimklumpen an die Stimmbänder. Bei kaum merkbaren Veränderungen versagt manchmal dem Sänger die Stimme und vice versa die Stimme klingt normal bei intensivem chronischem Catarrh der Stimmbänder.

Prof. H. Krause (Schlusswort) meint, dass im Falle Dr. Cube Stimmschwäche oder Phonasthenie vorlag. Er ist derselben Meinung wie Dr. Hellat, dass die Gesanglehrer Anatomie und Physiologie des Stimmorgans, sowie die Theorie der Tonbildung kennen müssen. Bei Erkrankungen von Berufssängern verlangt er wenn auch kurze, so doch vollkommene Ruhe.

Priv.-Ref. Dr. Th. Heryng (Warschau) berichtete über dasselbe Thema.

Priv.-Ref. Dr. Castex (Paris): Die Krankheiten der Stimme.

Referent unterscheidet Anomalien der Sprechstimme und Anomalien der Singstimme.

Das Sprechen ermüdet gewöhnlich mehr als das Singen, denn die Summe der Bewegungen ist viel grösser und bewegt sich immer in demselben Mediumregister. Die Anomalien der Sprechstimme sind qualitativer und quantitativer Natur: einfache Schwäche der Stimme ist oft complicirt mit Rednerkrämpfen, Rauheit der Stimme, voix eunuchoïde, zwei-, drei- oder vieltönige Stimme. Therapie: Schweigen, Elektricität, Massage, Derivantia. Das wichtigste ist jedesmal die individuellen Indicationen zu bestimmen.

Die Anomalien der Singstimme sind viel öfter und viel complicirter. Bei Anomalien der Klangfarbe (die Stimme ist belegt [voilé], die Tonalität ist vermindert, das Singen im Halbton und Falsett ist unmöglich) 40 pCt. findet man keine oder geringe laryngoskopische Veränderungen. Ursachen: lange dauernde leichte Catarrhe, Ermüdung beim Lernen und Fehler der Gesanglehrer, gewisse Constitutionszustände u. s. w. Therapie: absolute Ruhe des Stimmapparates, Derivantia, warme Pulverisationen, Elektricität, Massage, Normirung der Technik, allgemeine Behandlung, locale Maassregeln gegen Granula, Adenoide u. s. w. Endlich analysirt Dr. Castex die Krankheiten des Mediumregisters, der Intensität, der Extensität und der Resonanz und verschiedene Anomalien auf nervösem Boden.

Dr. Botey macht darauf aufmerksam, dass zuweilen die Anomalie der Singstimme von einer so unbedeutenden Schwäche der Stimmbänder (besonders im vorderen Drittheil) oder Parese derselben abhängen kann, dass sie sich nur dann diagnosticiren lässt, nachdem der Kranke etwas gesungen hat.

Dr. P. Hellat (St. Petersburg): Zur Athmungsfrage beim Singen.

Ausgehend von der Bedeutung, die zu allen Zeiten von Sängern und Gesanglehrern der Athmung beigelegt wurde und von der practischen Erfahrung, dass alle guten Sänger der abdominellen Athmung den Vorzug geben, wird zunächst die didactische Literatur einer kurzen Durchsicht unterworfen. Verfasser kommt zu dem Schlusse, dass die Ausführungen in den Handbüchern für Sänger viel zu mangelhaft sind, um den Lernenden einen Begriff darüber zu geben, was man unter Abdominalathmung zu verstehen hat, oder wie man dieselbe sich aneignen könne.

Auch in der medicinischen Literatur findet Verfasser Lücken, was die Athmungsfrage beim Singen anlangt. Die Rolle des Diaphragma ist noch nicht definitiv bestimmt. Sowohl die Mandl'sche Theorie vom Widerstreit der einzelnen Muskeln, wie die Merkel'sche von der regulatorischen Wirkung des Zwerchfells findet ikre Vertheidiger. Dadurch ist die Athmungsfrage zur Zeit recht verworren.

Verfasser verwirft die beiden Anschauungen und vindicirt der Abdominalathmung den Vorzug aus folgenden Gründen: Bei der Inspiration vermittelst der Bauchmuskeln — dadurch ist zugleich die Definition der Abdominalathmung ge-

geben — sind die resonatorischen Verhältnisse in der Lunge bedeutend günstiger als bei den übrigen Athmungstypen. Ferner besitzen die Abdominalmuskeln eine grosse Anpassungsfähigkeit an die Willensimpulse; endlich geschieht der Druck auf die Lungen und auf das Luftvolumen nicht durch starre Wände, wie bei der Costalathmung, sodern durch elastische, lufthaltige Zwischenlager, bestehend aus Gedärmen und Magen.

Dr. Gottstein (Breslau): Eine neue Methode zur Photographie der menschlichen Körperhöhlen.

Demonstration der photographischen Apparate und stereoskopischer Photographien.

Die Methode besteht darin, dass als Lichtquelle Glühlämpchen benutzt werden, die durch zu starke Spannung zum momentanen Durchglühen bei intensivster Lichtwirkung gebracht sind. Durch die besondere zweckmässig angebrachte Lichtquelle ist es ermöglicht, den Apparat selbst an das Object nahe heranzubringen. Die Methode eignet sich für den Pharynx, Larynx, Oesophagus, Vagina und Ohr.

2 Uhr Nachmittags Generalversammlung.

Sitzung, den 11./23. August 1897, 9 Uhr Vormittags, combinirt mit der Section der Pädiatrie.

Ueber die Serumtherapie bei Diphtherie.

Vorsitzender: Dr. Middlemass Hunt.

Dr. K. Rauchfuss (St. Petersburg): Serumtherapie in Russland 1895—1896.

Im Jahre 1894 fing das Institut für experimentelle Medicin in St. Petersburg an, das Diphtherieserum vorzubereiten. Die „Zemstwo“ haben sich an der Serumtherapie sehr stark betheiligt. Sogar in Omsk (Sibirien), in diesem entferntesten Punkte Russlands, existirt ein Laboratorium zur Bereitung des Serums und zu weiteren bacteriologischen Forschungen. Die Serumbehandlung hat grosse Sympathien beim Volke gefunden. Die Bauern verlangen selbst die Serumbehandlung. Die Statistik von 44000 genau beobachteten Fällen zeigt, dass die Mortalität von 43 pCt. ohne Serum auf nur 20 pCt. mit Serum gesunken ist. In Odessa sank die Mortalität von 42 pCt. ohne Serum auf 20 pCt. mit Serum. Alle Fälle sind bacteriologisch untersucht. Im Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg in St. Petersburg kommen jetzt dank der Serumtherapie viel weniger Stenosen vor.

Dr. Monti (Wien):

Von 294 an Diphtherie erkrankter und mit Serum behandelter Kinder sind 83 pCt. genesen und 17 pCt. gestorben. Die 25 jährige Beobachtung vor der Serumtherapie ergab die Mortalität von 21 pCt. bis 43 pCt. Man muss drei verschiedene Gruppen von Diphtherie unterscheiden:

1. Fibrinöse Form, ohne Verletzung der unterliegenden Schleimhaut.

2. Phlegmonöse Diphtherie — reichliche Invasion von Bacillen in die Tiefe der Gewebe.

3. Septische gangränöse Form.

Eine allgemeine Statistik hält der Referent nicht für genügend. Wenn man ein richtiges Urtheil sich bilden will, müssten die verschiedenen Formen berücksichtigt werden. Die Erfolge der Intubation mit gleichzeitiger Anwendung der Seruminjection gestalten sich ausserordentlich günstig. Bei genügender Dosis des Serums sinkt die Temperatur und der ganze Process nimmt einen rascheren Verlauf.

Bei der gangränösen Form ist die Mortalität 33—50 pCt.

Dr. Sevestre (Paris) hat dieselben Resultate wie Dr. Rauchfuss bekommen.

Dr. Tibiger (Kopenhagen) konnte nicht constatiren, dass die Fälle mit Seruminjection besser verliefen als ohne Injection.

Sitzung, den 12./24. August 1897, 9 Uhr Morgens.

Vorsitzende: Dr. John Middlemass Hunt, Prof. A. Gavino.
Secretäre: A. Hutchinson, Dr. A. Rosenberg.

Off. Ref. Dr. M. Hajek (Wien): Aetiologie und Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen mit Ausschluss der Kieferhöhle.

I. Aetiologie. Influenza, Masern, Scharlach, Variola, croupöse Pneumonie, Typhus abdominalis sind oft von entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen begleitet. Es ist noch nicht sichergestellt, in welcher Weise die genannten Infectionskrankheiten die Entzündung der Nebenhöhlen bedingen. Auch ist es nicht erwiesen, ob die im Secret vorgefundenen Bacterien die primäre Infectionsursache darstellen, oder nur als secundäre Beimengung aufzufassen sind.

Die Frage, ob die bei den genannten Infectionskrankheiten auftretenden Nebenhöhlenempyeme von der Entzündung der Nasenschleimhaut fortgepflanzt werden, oder selbstständige Erkrankungen darstellen, ist noch nicht entschieden. Die meisten Autoren sind letzterer Ansicht. Doch ist, wie ich glaube, die Fortpflanzung von der Nasenschleimhaut durch Beobachtung der Attaquen bei chronischen Empyemen so gut wie erwiesen.

Viele Catarrhe und Empyeme der Nebenhöhlen heilen spontan, viele nicht. Die Ursache des Chronischwerdens der Empyeme ist in anatomischen Verhältnissen und Secreteigenthümlichkeiten begründet, welche eine rasche Entleerung des Secrets verhindern.

Ueber die causale Beziehung zwischen Nasenpolypen und Empyemen sind die Ansichten noch nicht völlig geklärt. Dass die Empyeme häufig Ursache der Nasenpolypen sind, ist erwiesen. Ebenso erwiesen ist, dass Polypen auch ohne Empyeme, als eine genuine Entzündung des Siebbeinüberzuges auftreten können. Fraglich ist noch, ob die Polypen als primäre Ursache von Empyemen aufgefasst werden können. Die Beobachtung, dass Fälle von Eiterungen des Siebbeines zu-

weilen nach Entfernung der den Secretabfluss hindernden Polypen und Hypertrophien ohne weitere Maassnahme heilen, beweist zum mindesten, dass die Polypen und Hypertrophien für das Fortbestehen der Empyeme förderlich sind.

Die Ansichten über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Empyemen und Ozaena sind zerfahrener denn je. Der Ansicht der Anatomen, dass die Nebenhöhlenerkrankungen bei der Ozaena nur ein accidentelles Vorkommniss darstellen, steht die Ansicht vieler Rhinologen entgegen, welche Nebenhöhlenerkrankungen oft bei Ozaena vorgefunden haben.

Die Frage, woher in den einzelnen Fällen das Secret herrührt, steht noch immer im Vordergrund der Discussion.

II. Diagnose. In Bezug auf die Diagnose des Stirnhöhlen- und Siebbeinlabyrinthempyems sind die fortgeschrittenen Fälle mit äusserlich sichtbaren Symptomen, wie Geschwulstbildung an der inneren und oberen Wand der Orbita, Orbitalabscess mit Verdrängung des Bulbus, mit oder ohne Fistelbildung von den sogenannten latenten Empyemen zu unterscheiden, wo mangels äusserlich sichtbarer Symptome nur die rhinologische Untersuchung mittelst Sonde und Cocain Aufschluss zu geben vermag.

Ohne Sondenuntersuchung giebt es keine verlässliche Diagnose des latenten Stirnhöhlen- und Siebbeinempyems. Eine leicht biegsame stumpfe Sonde ist in der Hand eines Geübten vollkommen ungefährlich.

Das wesentlichste Moment der Diagnose besteht in der Feststellung des Eiterherdes durch die Sonde: gegenüber dem Resultate der Sondirung sind alle Arten von subjectiven Symptomen der Kranken in Bezug auf die Diagnose von untergeordneter Bedeutung.

Es hängt mit der Inconstanz im Baue des vorderen Siebbeinlabyrinthes zusammen, dass bei Erkrankung der Stirnhöhle ein Ausschluss der Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen nur schwer möglich ist. Zur Diagnose des latenten Stirnhöhlen- und Siebbeinlabyrinthempyems ist oft die partielle Resection der mittleren Muschel nothwendig. Die Resection soll mit schneidenden Instrumenten geschehen.

Das geschlossene Empyem des Siebbeinlabyrinths kann sich in der Ausdehnung der nasalen Seite allein äussern. Die Ausdehnung tritt gewöhnlich als eine Auftreibung der mittleren Muschel, oder eines an Stelle der mittleren Muschel in die Nasenhöhle hineinragenden Tumors auf, selten wird das Septum osseum auch auf die entgegengesetzte Seite gedrängt.

Der an Stelle der mittleren Muschel auftretende Tumor kann bedingt sein: 1. durch Eiterretention in einer blasig gebildeten mittleren Muschel, 2. durch Ausdehnung einer tief in die mittlere Muschel hinabreichenden Siebbeinzelle, 3. durch Eiterretention in der Bulla ethmoidalis, welche dann geschwulstförmig über der unteren Muschel hervorragt. In letzterem Falle wird es erst nach Entfernung der knöchernen Wand der Bulla klar, dass der Tumor nicht der mittleren Muschel entsprach, da die früher nach oben verdrängte mittlere Muschel sichtbar wird.

Die geschlossenen Empyeme einzelner Siebbeinzellen, wenn keine Dilatation besteht, sind der Diagnose nicht zugänglich. Sie werden zuweilen nach Entfernung von Hypertrophien und Polypen entdeckt.

Die Unterscheidung, ob das Secret aus dem vorderen oder hinteren Siebbeinlabyrinth entstammt, ist bei offenen Empyemen durch die anatomische Lage der Ausführungsgänge gegeben; bei geschlossenen Empyemen ist eine genaue Differentialdiagnose oft unmöglich.

Das offene Empyem des hinteren Siebbeinlabyrinths zeigt denselben rhinoskopischen Befund. wie das Empyem der Keilbeinhöhle: das Secret erscheint entweder in der Fissura olfactoria, oder über der mittleren Muschel am Rachendach.

Die Diagnose des Empyems der Keilbeinhöhle ist, wenn die Oeffnung der Höhle sicht- und sondirbar ist (selten) leicht; liegt aber die mittlere Muschel dem Septum an, dann ist wohl die Resection des grössten Theiles der mittleren Muschel unvermeidlich. Endlich ist im Allgemeinen daran festzuhalten, dass der durch die Sonde erhobene Befund über die Resistenzfähigkeit einzelner Theile des Siebbeines allein für sich ebensowenig entscheidend für die Diagnose ist, als der Ort, wohin die Kranken ihre Schmerzen verlegen.

Off. Ref. Dr. Moure (Bordeaux): Ueber die Behandlung der Nebenhöhlenempyeme.

Die Behandlung der Nebenhöhlenempyeme muss streng jedem Stadium der Erkrankung entsprechen.

V. unterscheidet folgende drei Hauptperioden in der Geschichte jedes Sinusempyems:

1. Schleimige oder schleimig-eitrige Secretion, die periodisch vorkommt und oft spontan ohne jede Behandlung verschwindet.

2. In dieser zweiten Periode wird die Inflammation chronisch und rein eitrig mit Schwellung der Ränder des Ostium und polypoider Degeneration der Nasenschleimhaut. Das ist die sogenannte fungöse oder latente Form.

3. In der dritten Periode findet man das Innere der Höhle selbst von Wucherungen ausgefüllt, die Höhle ist erweitert, theilweise necrotisirt, was zur Bildung von Abscessen und Fisteln führt: knöcherne Form, Sinusitis fungosa.

Betrachten wir jetzt die Erkrankung jeder einzelnen Nebenhöhle in ihren verschiedenen, oben genannten Perioden.

I. Siebbeinzelleneiterung.

A. Schleimige Form. Nasenausspritzungen, directe Pulverisationen mit Argentum nitricum, Oleum vaselini jodatum (North John), Ausreibung der erkrankten Stellen mit Carbolglycerin etc. In den meisten Fällen, wie gesagt, verschwinden alle Symptome ohne jede Behandlung.

B. Fungöse (latente) Form. Abtragung aller Neubildungen, die den Siebbeinzellen aufsitzen und Eröffnung der letzteren. In den Fällen, wo die Bulla ethmoidalis erkrankt ist, soll dieselbe auch eröffnet werden, sei es mit dem scharfen Löffel, oder mit einem spitzigen Messer, oder auch mit dem galvanischen Brenner. Verfasser bevorzugt zu diesem Zwecke Grünwald's schneidende Zange oder die des Dr. Martin aus Paris, deren Handhabung viel leichter und bequemer ist.

Die kalte Schlinge, wennn man mittelst derselben die Bulla umfassen kann,

kann auch mit Vortheil gebraucht werden. Die partielle Amputation der mittleren Muschel, nach **Grünwald**, ist oft nothwendig.

Genügt die schneidende Zange nicht, um alles Erkrankte abzutragen, soll man gleich die Curette anwenden, mit aller Vorsicht, die die Nähe des Schädelinnern empfiehlt. Alle Instrumente sollen möglichst aseptisch sein.

Der Curettage sollen eine Ausspritzung und Menthol- oder Anitol-Pulvereinblasung folgen. Ist die Blutung zu stark, wird die Nase mit Jodoformgaze tamponirt.

C. **Knöcherne Form mit Fistelbildung.** Sucht sich der Eiter Weg nach aussen, am meisten durch die innere obere Wand der Orbita, so genügt die endonasale Behandlung nicht mehr, ihr muss die Behandlung von aussen her beigefügt werden. Wo möglich, soll man, nachdem die äussere innere Gegend radical gereinigt ist, die Fistel verschliessen, und dann die Behandlung von der Nase aus fortsetzen. Diese letzte Behandlung ist bisher nur in Fällen von Frontalempyemen angewendet worden.

II. **Stirnhöhlenempyeme.**

A. **Schleimige Form.** Die Form coincidirt oft mit einer schleimigen oder schleimig-eitrigen Entzündung der Siebbeinzellen. Die Indicationen der Behandlung sind fast dieselben, wie in der entsprechenden Form des Siebbeinempyems. Lufteinblasungen, Luft- und Mentholeinblasungen, Ausspritzungen der Höhle mit antiseptischen Lösungen mögen hinzugefügt werden.

B. **Eitrig-fungöse (latente) Form.** Zuerst Desinfection der Kieferhöhle. Dann soll man in den leichten Fällen den Canalis naso-frontalis mittelst Abtragung der Wucherungen durchgängig machen und Ausspritzungen der Höhle unternehmen. Diese Methode ist um so leichter, da der Ductus oft durch Wucherungen schon ziemlich erweitert; in einigen Fällen muss die partielle Amputation der mittleren Muschel ausgeführt werden. Das Eindringen in die Höhle mittelst gewaltsamen Aufreissens der knöchernen Wand, die die Höhle vom Naseninnern oder vom Ductus naso-frontalis isolirt, ist zu verwerfen. Falls die Ausspritzungen erfolglos bleiben, soll man länger bei diesen Mitteln nicht verbleiben und gleich die äussere Behandlung unternehmen. **Moure's** Verfahren ist Folgendes: nach der äusseren Eröffnung und Reinigung der Stirnhöhle, wird die Communication zwischen dieser und der Nasenhöhle hergestellt; die Stirnhöhle bald wieder geschlossen und ein Drain für 5—6 Tage lang durch die Nase in dieselbe eingeführt.

C. **Knöcherne Form mit Fistelbildung.** Chirurgische Behandlung ganz dieselbe wie vorher. Die Hautincision soll jedenfalls der Fistel entsprechen und diese letztere mit der Curette ausgekratzt werden. In Fällen von bilateralen Stirnhöhlenempyemen sollen beide Höhlen in derselben Sitzung operirt werden.

III. **Keilbeinempyeme.**

A. **Schleimige Form.** Als Behandlung nichts besonderes.

B. **Fungöse Form.** Eröffnung der Höhle mittelst scharfen Löffels und in einigen Fällen Ausreibung derselben mit 10proc. Lösung von Argentum nitricum.

C. **Knöcherne Form.** In Fällen von Caries mit Fistelbildung in der Direction der Orbita soll das Eindringen in die Keilbeinhöhle durch diese letztere

und dann durch die Siebbeinzellen geschehen. Der Weg ist jedenfalls in jedem einzelnen Falle verschieden. Die Incision wird am meisten im inneren oberen Winkel der Orbita gemacht.

IV. Combinirte Empyeme.

Deren giebt es nur zwei Formen: die fungöse und die knöcherne.

Bei der fungösen Form sollen die verschiedenen Höhlen nach einander nach den oben beschriebenen Methoden behandelt werden. Bei der knöchernen Form wird die Incision am meisten in der Regio fronto-orbitalis gemacht, in einem Punkte, der dem unteren Theile der Stirnhöhle und dem vorderen Theile der Siebbeinzellen entspricht. Es werden somit drei Nebenhöhlen zur selben Zeit eröffnet: Stirnhöhle, Siebbeinzellen, Keilbeinhöhle. Verschluss der äusseren operativen Oeffnung.

Discussion.

Dr. Weil glaubt, dass die Nebenhöhleneiterungen im Allgemeinen durch Fortpflanzung der Entzündung von der Nase her entstehen und meist spontan heilen; auch bei chronischen Empyemen ist die ursprüngliche Entzündung spontan abgelaufen und das Product derselben, welches in Folge anatomischer Verhältnisse nicht abfliessen konnte, unterhält den Process, der sich als Fremdkörpereiterung darstellt. Rationellste Therapie — Ausspülung und Aetzung (Lapislösung). Beim Siebbeinempyem muss man es sofort endonasal künstlich eröffnen und zwar in kleinen Eingriffen, um starke Blutung zu verhindern. Bei combinirten Empyemen — zuerst Siebbeineröffnung und Ausspülen, die übrigen bessern sich spontan. Zur Diagnose wendet er anstatt der Sonden feine Röhrchen an. Auf die Localisation der Schmerzen legt er grosses Gewicht.

Dr. Hill (London) empfiehlt, keine Drainage-Röhren bei Nebenhöhlenempyem zu gebrauchen, speciell bei Stirnhöhlenerkrankungen, da sie wie ein Fremdkörper wirken, Granulationsbildung befördern und die Eiterung unterhalten. Die Heilung per primam ist wünschenswerth. Er zieht die horizontale Incision vor und macht eine genügend grosse Oeffnung gegen die Nase hin. Eine radicale Operation kann nur erreicht werden, wenn wir die vordere Hälfte der mittleren Muschel entfernen, dann durch Meisseln oder Abzwicken so viel von dem Boden des Sinus und dem Septum entfernen, dass wir den kleinen Finger von dem Sinus in die Nase und eine grosse Zange von der Nase in den Sinus einführen können.

Dr. Jansen hat die Erfahrung gemacht, dass die Siebbeinzellen lateralwärts unter der Orbita hin sich erstrecken können, weswegen die endonasale Freilegung schwierig sein kann. Die Schnelligkeit der Ausheilung der Stirnhöhlenempyeme hängt wesentlich von der Grösse der Höhle und ihrer Form ab. Eine kleine Höhle heilt rasch mit oder ohne primäre Naht nach Fortnahme der unteren Wand und Drainage nach der Nase hin, eine sehr grosse heilt ungemein schwer; es giebt so grosse Höhlen, wo man eine Heilung nur nach Fortnahme der unteren und vorderen Wand erreichen kann.

Dr. Hajek bleibt bezüglich der Eiterung der Keilbeinhöhle doch der Meinung, dass die Sondirung derselben, wobei man nichts sieht, kaum einen diagnostischen Werth hat, und dass die Schmerzen nie genau localisirt bleiben, sondern bald in

die Stirn, bald in den Hinterkopf, bald in die Schläfe projicirt werden. Was die Operationsmethode anlangt, so muss sie individualisirt werden. Bei beginnender Eiterung ist die conservative Methode angezeigt, während bei hochgradigen Veränderungen die radicale Methode am Platz ist.

Dr. Moure (Schlusswort): Man muss immer mit der medicinischen Behandlung anfangen, wenn aber keine merkbaren Resultate damit erzielt werden, chirurgisch eingreifen. Oft ist die conservative Behandlung für den Kranken verhängnissvoll, indem sie zur Meningitis führt.

Priv.-Ref. Dr. M. J. Jansen (Berlin): Zur Radicaloperation chronischer combinirter Empyeme der Nase.

Referent schlägt seine eigene Methode radicaler Operation der combinirten Empyeme der Nebenhöhlen der Nase durch Eröffnung der vorderen und hinteren Wand der Oberkieferhöhle vor.

Discussion.

Dr. M. Weil hebt noch einmal hervor, dass er die Operationen nicht überhaupt verwirft, sondern sie nur auf Fälle beschränkt sehen möchte, welche der mehr conservativen Behandlung durch die natürlichen Ostien Trotz geboten haben. Es giebt natürlich schwere Fälle, bei welchen man sofort operirt (z. B. Sequester in der Siebbeinregion), aber bei der Stirn- und Keilbeinhöhle weiss man ja vor der Eröffnung nicht, wie es im Innern aussieht und deshalb soll man erst immer ein milderes Verfahren versuchen.

Dr. Moure: Wenn alle Oberkieferhöhlen so regelmässig geformt wären, wie Jansen sich vorstellt, so wäre seine Operation sehr gut. Man muss aber bemerken, dass man bei dieser Operation nur in die Sinus sphenoidales vordringen kann und gar nicht oder sehr wenig zu den Ethmoidalzellen. Bei fungösen Oberkieferhöhlenerkrankungen zieht er die Operation Luc's vor, welche darin besteht, dass die Oberkieferhöhle durch die Fossa canina eröffnet wird und dann eine Verbindung der Oberkieferhöhle mit dem unteren Nasengang gemacht wird; die erste Oeffnung heilt per primam. Manchmal ist es nothwendig, das vordere Drittel oder die Hälfte der unteren Muschel zu entfernen.

Sitzung, den 12./24. August 1897, 2 Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: Dr. Moure (Bordeaux).
Secretär: Dr. A. Hutchinson.

Priv.-Ref. Prof. v. Uchermann (Christiania): Laryngitis acuta rheumatica circumscripta nodosa.

Die Krankheit tritt in Form von begrenzten, stark empfindlichen, röthlichen oder blauröthlichen, ziemlich festen Infiltraten auf. Sie können einseitig oder doppelseitig sein und eine ganz bedeutende Grösse erreichen. Sitzen sie in der Nähe des Cricoarytaenoidgelenks, so wird bald eine Pseudoankylosis mit Unbeweglichkeit

des betreffenden Stimmbandes eintreten. Natrium salicylicum wirkt ebenso gut, wie bei Gelenkrheumatismus.

Prof. Cozzolino (Neapel):

1. Ozaena.
2. Die Nothwendigkeit der bacteriologischen Diagnosen bei acuten und chronischen Nasenerkrankungen.

Dr. T. R. French (Brooklyn): Photographien des Larynx.

Seine Collection der Photographien des Kehlkopfes wurde von Dr. Gleitsman demonstrirt.

Dr. Cuwillier demonstrirte eine kleine portative Acetylenlampe für rhinolaryngologische Untersuchungen.

Sitzung, den 13./25. August 1897, 9 Uhr Vormittags.

Vorsitzende: Dr. A. Castex (Paris), Dr. R. Botey (Barcelona).
Secretäre: A. Hutchinson, L. Bar.

Private Referate.

Dr. Jakobson (St. Petersburg): Eine neue Methode, die Durchgangsfähigkeit der Nase zu bestimmen.

Referent bestimmt die Durchgangsfähigkeit der Nase nach der Quantität der Luft, welche in einen mit Wasser angefüllten gasometrischen Cylinder ausgeathmet wird.

Dr. Cube (Mentone): Ueber genau localisirte Aetzungen mit Höllenstein in substantia und die Indication dafür.

Das Instrument besteht aus einer grossen Pravaz'schen Spritze und einem feinen Ansatzrohr, welches in einen soliden Knopf mit einigen Oeffnungen mündet. Den Knopf armirt man mit Lapis, die Spitze mit einer Salzlösung und im Moment der Aetzung spritzt man die Lösung nach.

Dr. Lichtwitz (Bordeaux): Die Beleuchtung mit Acetylen.

In seinem Namen spricht Dr. Subrazès von den Vorzügen der Beleuchtung mit Acetylenlampen und warnt vor den portativen Lampen.

Discussion.

Dr. Cuwillier betont, dass die portativen Acetylenlampen gar nicht gefährlich sind, wie es ihre grosse Verbreitung unter den Bicyclisten beweist.

Dr. St. v. Stein (Moskau) bestätigt die Ansicht Dr. Cuwillier's.

Prof. W. Okada (Tokio): Beiträge zur Pathologie der sogenannten Schleimpolypen.

Referent hält die Nasenpolypen für entzündliche Neubildungen, Epithel,



Bindegewebe, Drüsen und Gefässe sind durch den Entzündungsprocess in Mitleidenschaft gezogen.

Dr. Jakobson (St. Petersburg): Die Nasendouchen. (Experimentelle Untersuchung.)

Beim Gebrauch eines olivenförmigen Ansatzes, welcher die Nasenöffnung fest umschliesst, hebt sich der Druck in der Nase bedeutend und die Flüssigkeit kann in die Nebenhöhlen gelangen; beim Gebrauch eines dünnen vom Referenten vorvorgeschlagenen Ansatzes, hebt sich der Druck nicht einmal dann, wenn die andere Nasenöffnung vollkommen verstopft ist. Mittels der Nasendouchen ist es unmöglich, den Inhalt der Nebenhöhlen der Nase zu entfernen.

Dr. Israelson (Smolensk): Nasenspeculum.

Demonstration eines neuen Nasenspeculum, welches eine sichere Selbstfixation bei Operationen im Naseninnern ermöglicht und gleichzeitig beide Hände freigiebt.

Dr. A. Castex (Paris): Missbildungen und Deformationen des Gesichts.

Referent versteht unter diesen Benennungen verschiedene angeborene oder erworbene Abweichungen der Orthomorphie des Gesichts und hebt vor Allem die Bedeutung der centralen Knochengerüste der Nasenhöhle in der genannten Beziehung hervor.

Nach einer embryologischen Einleitung geht der Verfasser zur Betrachtung der Gaumenverkürzung, die durch einen Palatometer gemessen wird, der Hypertrophie und Atrophie der Oberkiefer, verschiedener inneren und äusseren Nasendeformationen (Septumbiegungen) über. Der Verfasser führt weiter an, dass ein Adenoidengesicht ohne Adenoidenwucherungen, sogar ohne Hypertrophie der hinteren Muschelenden und ohne irgend welche andere innere Obstructionen vorkommen kann. In der Rhinologenpraxis begegnet man oft krummen Nasen, die nach der einen oder anderen Seite gerichtet, unschön und für das Athmen beschwerlich sind. Die Verbiegungen hängen grösstentheils von inneren Septuminflectionen ab. In diesen Fällen unternimmt Referent eine Operation: er meisselt mit einem gebogenen Meissel und einem Hammer den Vorsprung ab. Referent schlägt vor, nach der Operation den kleinen Finger oder Index bis an die Choane einzuführen, um sich zu überzeugen, ob der Durchgang genügend frei ist.

Discussion.

Dr. Botey machte einige Bemerkungen über die Technik der Operation.

Dr. Madeuf (Paris) wies auf die Seltenheit der Nasenverbiegungen bei den Negern hin und erklärte sie damit, dass die Neger in Folge ihrer Gesichtsbildung beim Fall öfter das Kinn, und nicht die Nase beschädigen.

Dr. Bar empfiehlt bei Operationen an der Nase Stickstoffoxydulnarkose.

Dr. Castex: Laryngotomie und Laryngectomie.

Referent berichtet drei Fälle, die er wegen maligner Neubildungen des Kehlkopfes operirt hat, und macht dazu einige allgemeine Bemerkungen.

Zum Schluss der Section dankt der Geschäftsführer im Namen des Organisationscomité den Herren Referenten und Allen, die zum Erfolg der Section beigetragen haben. Die Herren Dr. Heymann, Dr. Gleitsman, Dr. Castex und Dr. Hellat sprachen im Namen der Sectionsmitglieder dem Bureau der Section ihren Dank aus für die gelungene Organisation und erfolgreiche Führung der Sectionsangelegenheiten.

A. Belayeff, Secretär der Section.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel ist zum ordentlichen Honorarprofessor an der Universität Berlin ernannt worden.

Dr. O. Seifert ist zum ausserordentlichen Professor an der Universität Würzburg ernannt worden.

Dr. B. Baginsky (Berlin) hat das Prädicat „Professor“ erhalten.

Dr. M. Scheier (Berlin) ist zum correspondirenden Mitglied der Société de Laryngologie etc. de Paris gewählt worden.

„The Laryngoscope“.

Dieses amerikanische Fachblatt hat soviel Erfolg in den Vereinigten Staaten, dass dies die Verleger ermuntert hat, vom Beginn dieses Jahres eine für Grossbritannien bestimmte Ausgabe zu veranstalten, welche unter Redaction von Dr. St. Clair Thomson (London) stehen und von den Herren Wright u. Co. (Bristol) verlegt werden wird.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Dr. Schmiegelow theilt uns mit, dass falls der für das Monument bestimmte Platz in Kopenhagen im Laufe des bevorstehenden Sommers regulirt wird, die Enthüllung des Denkmals Ende des Sommers erfolgen kann; anderenfalls würde dieselbe bis zum nächsten Jahre verschoben werden müssen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. Berlin, März. 1898. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Instrumente etc.

1) **St. Clair Thompson. Der Fortschritt der Laryngologie und Rhinologie in der Zeit der Königin Victoria. (Progress in Laryngology and Rhinology in the Victorian Age.)** *Brit. Med. Journ. 15. Juni 1897.*

Kurze Schilderung der Entwickelung beider Disciplinen.

ADOLPH BRONNER.

2) **Hugo Zwillinger. Die Fortschritte der Laryngologie und Rhinologie.** *Gyógyászat. 35. H. 1897.*

Z. stellt in kurzem Ueberblick alle diejenigen operativen Verfahren und Heilmethoden zusammen, welche sich in letzter Zeit als gut bewährt haben. Auch die neueren Untersuchungsverfahren (Röntgenstrahlen) und Medicamente werden eingehend gewürdigt.

v. NAVRATIL.

3) **Hugo Zwillinger. Das Verhältniss der Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zu den Allgemeinerkrankungen des Organismus.** *Gyógyászat. 51. H. 1897.*

Z. beschreibt in kurzen Umrissen die verschiedenen Nasen- und Kehlkopfleiden, welche die acuten und chronischen Erkrankungen des Organismus begleiten. Als solche, bei welchen oft Nasen- und Kehlkopfleiden vorhanden sind oder sich später hinzugesellen, kommen hauptsächlich Erysipelas, Influenza, Typhus, Blattern, Masern, Scharlach, Pertussis, Leukämie, Hämoptoë, Pneumonie und Emphysem in Betracht.

v. NAVRATIL.

4) **Preysing u. Schwartz** (Rostock). **Casuistische Mittheilungen aus der Ohren- und Kehlkopfklinik zu Rostock.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. XXXII. 1897.*

1. Tuberculom der Nasenscheidewand: Bei einem früher an Knochentuberculose erkrankten 16jährigen Mädchen vereinzelter tuberculöser Tumor an der Nasenscheidewand, keine Bacillen, schnelle Heilung, Neigung zum Recidiviren

und Möglichkeit einer Infection von einer tuberculösen Lymphdrüsenfistel aus durch den kratzenden Finger.

2. Behaarter Rachenpolyp: 3jähriges Kind mit erschwerter Nasenathmung, durch die Digitalexploration wurde eine rundliche, weiche Geschwulst von etwas mehr als Haselnussgrösse mit dünnem Stiele an der Hinterfläche des weichen Gaumens constatirt. Mikroskopische Untersuchung: Ein von Haut (Cutis) überzogenes Lipom.

3. Angeborene Spalten in den Gaumenbögen: a) Defecte in der Mitte der beiden vorderen Gaumenbögen; b) rechts im vorderen Gaumenbogen eine Lücke, links eine solche durch beide Gaumenbögen gehend; c) grosse Lücke im linken hinteren Gaumenbogen und eine zweite oberhalb der Vereinigungsstelle beider Gaumenbögen in der Nähe der Basis der Uvula (auf derselben Seite). SEIFERT.

5) **Lauffs** (Heilbronn). **Casuistische Mittheilungen.** *Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. 44. 1897.*

1. Vier Fälle von Nasensteinen: a u. b) Rhinolithen im mittleren Nasengange bei erwachsenen weiblichen Individuen, Centrum ein Kirschkern; c) 21jähr. Mann, grosser Rhinolith im unteren und mittleren Nasengang, nicht entfernt; d) 20jähr. Mädchen, grosser, $3^1/_2$ g schwerer Rhinolith, Centrum: Stück der Schale einer Rosskastanie.

2. Fast totale Verwachsung in der rechten Nasenhöhle mit totaler Aufhebung der rechtsseitigen Nasenathmung in Folge von galvanokaustischen Aetzungen.

3. Zuckungen im Gebiete der Lippen- und Wangenäste des rechten N. facialis; Heilung durch Behandlung der Nase.

4. Ein Fall von zwei nahezu symmetrischen congenitalen Perforationen in den beiden vorderen Gaumenbögen.

5. Eierschale im Kehlkopfe eingekeilt. Heilung durch Extraction.

SEIFERT.

6) **De Buck. Einige Bemerkungen über einen Fall von functionellem Halsspasmus (spasmodischer Torticollis). (Sur un cas de spasme fonctionnel du cou [Torticolis spasmodique].)** *La Belgique Méd. No. 51. 1897.*

Mittheilung eines Falles von functionellen Halskrämpfen, spasmodischem Torticollis mit rotatorischem Tic; daran anschliessend eine allgemeine Besprechung der Affection und ihrer Behandlung. Im vorliegenden Fall scheint dieselbe reflectorischen Ursprungs zu sein. BAYER.

7) **v. Hacker** (Innsbruck). **Exstirpation der completen seitlichen Halsfistel mittels Extraction des oberen Strangendes von der Mundhöhle aus.** *Centralbl. f. Chirurgie. 41. 1897.*

Durch die von Hacker in einem Falle angewandte Operationsmethode wird die Operation zu einem ganz geringfügigen, nur eine einfache lineare Narbe am Hals zurücklassenden Eingriff umgestaltet. SEIFERT.

8) **Gallet. Tumor am Halse. (Tumeur du cou.)** *La Clinique. No. 10. 1897.*

6—7 cm langer und 3—4 cm breiter Tumor, welcher am vorderen Rand des

Sternocleidomastoideus aufsitzt und den Oesophagus comprimirt. Mikroskopische Untersuchung: Rundzellensarcom.

BAYER.

9) **H. Plauth. Ueber das Cystadenoma papilliferum des Halses.** Aus der Heidelberger Klinik des Prof. Czerny. — *Beitr. z. klin. Chir. XIX. 1897.*

Beobachtung eines Falles von zweimal recidivirendem fluctuirendem cystischen Tumor unter dem Kinn resp. Unterkieferrand, der mikroskopisch das Bild eines stark proliferirenden gefässreichen Cystoderms darbot. Verf. berücksichtigt in diagnostischer Beziehung alle cystischen Bildungen in der vorderen Halsregion, die von Burow in folgender Weise rubricirt worden sind: 1. Aneurysmen. 2. Blutcysten. 3. Secundäre Cystenbildung in soliden Geschwülsten. 4. Cystenkropf. 5. Congenitale Cysten. 6. Schleimbeutelhygrome. 7. Atherome. 8. Dermoide. 9. Echinococcus.

A. ROSENBERG.

10) **N. Winogradow. Myxema glandulae thymus im frühen Kindesalter. (Myxoma glandulae thymus w rannem djetskom wosraste.)** *Ruski Archiv. Januar 1897.*

Die Mittheilung stammt aus dem St. Petersburger Findelhause.

Wie aus der Literaturangabe ersichtlich, ist W.'s Fall bisher der einzige seiner Art. Es handelte sich um einen $1^{1}/_{2}$ monatlichen Knaben, der an allmäliger Suffocation zu Grunde ging.

Die Section ergab in der Thymusdrüse eine Geschwulst von 182 g von sehr weicher Consistenz und gallertigem Aussehen.

Das Drüsengewebe war fast vollständig verschwunden. W. nimmt an, dass die Geschwulst angeboren war; er kann sich nicht erklären, wie der Knabe mit einer so grossen Geschwulst, welche die Trachea, Lungen und grossen Gefässe zusammendrückte, so lange leben konnte.

P. HELLAT.

11) **C. Abbée. Drei Fälle von tödtlich verlaufener Actinomycose.** Aus dem pathol. Institut zu Marburg. — *Ziegler's Beitr. z. path. Anat. XXII. 1897.*

1. Ausgedehnte Actinomycose im Thoraxraum, wahrscheinlich von der Mundhöhle ausgegangen; eitrige Pleuritis und Peripleuritis; Schrumpfung und Abscedirung der rechten Lunge; Betheiligung der Wirbelsäule und des Spinalcanals, des Mediastin. ant. und der vorderen Brustwand; Perforation der letzteren.

2. Perforation des Oesophagus und Ausbreitung des actinomycotischen Processes im prävertebralen, mediastinalen und peripleuralen Zellgewebe unter Betheiligung der Wirbelsäule und des Spinalcanals, der Leber und der V. cava inf., welche durchbrochen und zum Theil thrombosirt ist. Eitrige Metastasen in Leber, Lunge und Milz. Multiple Abscesse in den äusseren Weichtheilen.

3. Perforation des Oesophagus; perivertebrale actinomycotische Phlegmone, die sich bis zum Psoas fortsetzt. Hochgradige Affection der Wirbelsäule und des Spinalcanals; verschiedene Durchbrüche am Rücken. Uebergreifen auf die Lungen. Actinomycotische Metastasen im Myocard und Gehirn.

Ueber die mikroskopischen Befunde s. Original.

A. ROSENBERG.

12) **J. Mader** (Wien). **Heftiger Singultus. Heilung.** *Wiener medicin. Blätter. No. 19. 1897.*

18jähr. Magd, seit 8 Tagen mit Singultus behaftet, giebt an, dass sie nur während des Schlafes und beim lauten Sprechen von demselben befreit sei. Keinerlei sonstige nervöse Affectionen und keine erbliche Belastung. Beim Untersuchen der Halsnerven wurde zufällig die Beobachtung gemacht, dass stärkerer Druck auf eine umschriebene Stelle hinter dem linken Sternocleidomastoideus und unterhalb des Proc. mastoid. momentan den Singultus sistirt. Nach dem Aufhören des Druckes alsbald Recidiv. Energische Lapispinselung des chronischen Rachencatarrhs, sowie jede andere Therapie, wie solche üblich, erfolglos. Während des Laryngoscopirens, wobei nichts Abnormes constatirt wurde, kein Singultus. — Starker galvanischer Strom mit Anodenapplication auf genannte Stelle bewirkte, dass anfangs die Anfälle seltener auftraten, später nur sehr vereinzelt und kurz, schliesslich durch lange Zeit nicht mehr beobachtet wurden. CHIARI.

13) **G. Felkl** (Senftenberg). **Die Anzeigepflicht der Aerzte bei Infectionskrankheiten.** *Prager med. Wochenschr. No. 2, 3. 1897.*

Beantragung einer Resolution. CHIARI.

14) **W. Thomas. Zungenherabdrücker und Insufflator. (Tongue depressor and insufflator.)** *Brit. Med. Journal. 17. April 1897.*

Abbildung des von Wooley (Manchester) angefertigten Instrumentes; an dem Zungenspatel ist ein Pulverbläser befestigt. ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **C. Bibard. Störungen des Geruchs. (Des troubles de l'odorat.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Die Geruchsstörungen bestehen in:

1. Anosmie, congenital oder erworben durch äussere oder innere Läsionen des Geruchsapparates oder der nervösen Centra des Geruchsnerven, oder schliesslich essentiell, ohne feststellbare Ursache;
2. Parosmie, Perversitäten des Geruchssinnes mit ihrer peinlichsten Form, der Kakosmie;
3. Hyperosmie.

Der Verf., der in seiner Arbeit 64 Beobachtungen vereinigt, studirt nach einander die Symptomatologie und die Behandlung dieser verschiedenen Erkrankungsformen. A. CARTAZ.

16) **Klippel. Störungen des Geschmacks und Geruchs bei Tabes. (Troubles du goût et de l'odorat dans le tabes.)** *Archives de neurologie. No. 16. 1897.*

Die Erscheinungen bestehen bald in einfacher Anästhesie, bald in ein- oder beiderseitiger Perversität des Geschmacks oder Geruchs. Sie sind häufig begleitet

von Schluckbeschwerden mit Parese des Gaumensegels (Läsion des Facialis oder Hypoglossus), von Speichelfluss, sensiblen Störungen im Gebiete des Trigeminus, Papillenlähmung.

Die diesen Störungen zu Grunde liegenden Läsionen sind noch sehr dunkel; nach Klippel erstrecken sie sich entweder auf die sensorischen Nerven oder auf Aeste des Trigeminus, welche der Ernährung der Riech- und Zungenschleimhaut vorstehen.

PAUL RAUGÉ.

17) **Baumgarten** (Budapest). **Ein seltener Fall eines choanalen Polypen.** *Wien. med. Presse. No. 18. 1897.*

Ein 15jähr. Mädchen litt seit Jahren an Nasenverstopfung, welche trotz wiederholter Entfernung von Polypen nicht behoben werden konnte. B. fand den hinteren Theil der linken Nasenhälfte von einer grauweissen Masse ausgefüllt, den weichen Gaumen nach vorn gedrängt. Beim Aufheben der Uvula konnte man eine fingerförmige Masse sehen, die mittelst eines dünnen Stieles an einer anderen Geschwulst hing, deren hinterer Theil den oberen Theil des Nasenrachenraumes, deren vorderer Theil den hinteren Theil der linken Nasenhälfte ausfüllte. Die Abtragung geschah mittels kalter Schlinge ohne nennenswerthe Blutung. Post operationem zeigte sich eine Inactivitätsatrophie des weichen Gaumens, in Folge des intensiven Druckes durch die Geschwulst auf denselben bedingt.

CHIARI.

18) **Lichtenberg** (Budapest). **Entfernung eines Nasenpolypen; acute Mittelohrentzündung; otogener Abscess der mittleren Schädelgrube; Antrectomie, Schädeltrepanation; Heilung.**) *Wiener med. Wochenschr. No. 29. 1897.*

Seit Entfernung eines rechtsseitigen Nasenpolypen mit Schlinge sollen bei Pat. rechtsseitige Ohrenschmerzen, Kopfschmerzen, häufig Erbrechen und Delirien aufgetreten sein. Die Diagnose lautete: Acute perforative eitrige Trommelhöhlenentzündung, Warzenknochenempyem und wahrscheinlich perisinöser Abscess. — Der Operationsbefund bestätigte im Wesentlichen die klinische Diagnose einer intracraniellen Erkrankung, eines periduralen, otogenen Abscesses der mittleren Schädelgrube. Im Processus mastoideus fand sich kein Eiter. Bemerkenswerth in diesem Falle ist die Aetiologie.

CHIARI.

19) **W. Lublinski** (Berlin). **Demonstration einer Nasenschleimhautcyste.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 48. 1897.*

Bei einer 32jähr. Dame zunehmende Nasenverstopfung rechts. Nach spontaner Entleerung zäher gelblicher Flüssigkeit Nase frei, bald darauf wieder verstopft. Verf. entdeckt in der rechten Nasenhöhle hinten eine blassgraue Neubildung. Beim Versuch, sie mit der kalten schneidenden Schlinge zu entfernen, ergiesst sich etwa 1 Theelöffel bernsteingelber Flüssigkeit aus der Nase, nachher wird dann der collabirte Cystenbalg ausgeschnäuzt. Der Ansicht des Vortragenden, dass derlei Cystengeschwülste in der Nasenhöhle recht seltene Befunde seien, möchte Ref. widersprechen.

ZARNIKO.

20) **N. E. Mc Kay. Fälle von Fibrom der Nase und des Nasenrachenraums. (Cases of fibroma of the nasal passage and naso-pharynx.)** *Maritime Med. Journal. Januar 1897.*

Bericht über 2 Fälle von Fibrom der Nase und 1 Fall von Fibrom des Nasopharynx. — Bei einem jungen Manne von 22 Jahren drängte der nasale Tumor den harten Gaumen herunter und die Knochen wurden allmälig resorbirt. Es kam zu schweren Blutungen und der Allgemeinzustand wurde so geschädigt, dass ein operativer Eingriff nicht mehr gewagt werden konnte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

21) **J. Sicard. Knorplige Tumoren der Nasenhöhle. (Des tumeurs cartilagineuses des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Das Enchondrom der Nasenhöhlen ist eine seltene Geschwulstart (Verf. konnte nur 29 Fälle zusammenstellen), die besonders beim männlichen Geschlechte, zwischen dem 7. und 25. Jahre, zur Beobachtung kommt. Bisweilen rein knorpelig, ist die Geschwulst oft gemischter Natur, ein knöchernes Chondrom, Fibrochondrom, Chondromyxom, Chondrosarcom; im Anfang knorpelig, kann sie auch sarcomatös degeneriren und zu einem echten malignen Tumor werden. Die knorpeligen Geschwülste der Nase können von allen Punkten der Nasenhöhle ihren Ursprung nehmen, mit Vorliebe aber thun sie dies vom Septum. Verf. bespricht die oft ziemlich schwierige Diagnose und empfiehlt ein radicales und frühzeitiges Eingreifen. Von den 29 gesammelten Fällen endigten 9 letal, 5 erfuhren Recidive.

A. CARTAZ.

22) **Briau. Chondrom der fibrösen Nasenknorpel. (Chondrome des fibro-cartilages du nez.)** *Lyon méd. 18. April 1897.*

50jähr. Mann, Potator, mit der Gesichtsfarbe eines solchen. 1883 erscheint im linken Nasenloch ein kleines Knötchen, das von der Innenfläche des Nasenflügels ausgehend allmälig diesen ganz infiltrirte und schliesslich nussgross wurde. Cauterisationen reizten den Tumor und verursachten ein noch weiteres Wachsthum. Gegenwärtig bildet die Nase einen grossen, granulirenden, rothen Appendix, der an der Stelle, die dem linken Nasenflügel entspricht, einen kleinen gangränösen Fleck zeigt. Der Tumor ist durchleuchtbar und verstopft die Nasenpassage nicht.

Die Abtragung der Geschwulst, die Poncet ausführte, führte zur Heilung mit verzüglichem Resultat in kosmetischer Hinsicht. Nach der Untersuchung war der Tumor ein Chondrom von fibrösem Knorpel.

A. CARTAZ.

23) **Saitta. Ueber Nasenadenome. (Adenomi nasali.)** *Archivii Italiani di Laringologia. Fasc. 4. 1897.*

Verf. kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen:

1. Reine Adenome der Nasenhöhle finden sich nur in den allerseltensten Fällen.
2. Häufiger sind die gemischten.
3. Die Adenome besitzen eine selbstständige Individualität und sind keineswegs secundäre hypertrophische Bildungen.

4. Sie zeigen kein klares klinisches Bild, das sie von anderen Geschwülsten unterscheiden würde.
5. Sie sind meistens von gutartiger Natur, breiten sich aber leicht aus und gehen leicht in krebsartige Geschwülste über.
6. Um dies zu vermeiden, ist bei jeder Nasengeschwulst rasches Eingreifen angezeigt.

DAMIENO.

24) **Hellmann. Demonstration bösartiger Nasengeschwülste.** *Verh. d. IV. Vers. südd. Laryngol. 1897.*

H. zeigte ein Epithelialcarcinom der Kieferhöhle, eines der Stirnhöhle, das aus gutartigen Papillomen hervorgegangen war, ein medulläres Carcinom des Naseninneren, dessen Trägerin noch lebt, ferner ein pigmentirtes endotheliales Sarcom der unteren Muschel, das durch die Resection des Oberkiefers gewonnen wurde, ferner ein Fibroma cavernosum und ein kleinrundzelliges Sarcom.

SCHECH.

25) **Zarniko** (Hamburg). **Carcinom der Nasenhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 33. 1897.*

60jähr. kräftiger Mann klagt über zunehmende linksseitige Nasenverstopfung, Kopfdruck, Stirnkopfschmerzen. Keine Nasenblutungen. Die linke Nasenhöhle beherbergt einen grossen, weissglänzenden, höckerigen Tumor. Klinische Diagnose: Carcinom wird durch histolog. Untersuchung bestätigt, die ein tubuläres Carcinom erweist. Vortr. geht auf die Seltenheit und auf die infauste Prognose einer grossen Operation beim Nasencarcinom ein und möchte den Pat. endonasal behandelt wissen. — Der weitere Verlauf bestätigte diese Bedenken. Pat. wurde zur grossen Operation bestimmt. Diese schien gut geglückt. Aber am Abend trat plötzlich der Tod ein. Ursache: Degeneration des Herzmuskels.

Autoreferat.

26) **Erwin Hoehl. Zur Histologie des adenoiden Gewebes.** Aus der anatom. Anstalt zu Leipzig. — *Centralbl. f. Physiol. No. 12. 1897. Arch. f. Anat. u. Physiol. Heft II. 1897.*

Die Leser des Centralblattes interessirt nur die die Tonsille betreffende Mittheilung. Ihr adenoides Gewebe setzt sich zusammen aus einem strangförmig angeordneten Reticulum, das sowohl den Bindegewebssepten unmittelbar aufliegt und mit ihnen zusammenhängt, als auch, wenn schon in geringerer Entwickelung, subepithelial verläuft. Von diesen Zügen gehen die das Netzwerk der Follikel bildenden Bälkchen aus und ordnen sich an der Peripherie der Follikel zu dichteren Lagen an, während das Centrum nur wenige Zweige von ihnen erhält, die nach den Gefässen hinziehen oder von diesen kommen.

A. ROSENBERG.

27) **L. Gourc. Die W. Meyer'sche Mandel; ein Beitrag zur Bacteriologie der Adenoidgeschwülste. (L'amygdale de W. Meyer, bactériologie des tumeurs adénoides.)** *Thèse de Paris. 1897. Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 5. 1897.*

Eine allgemeine Studie über die adenoiden Wucherungen. Die bakteriologische Untersuchung erstreckte sich auf 201 Fälle. Dieselbe wurde sorgfältig aus-

geführt, nachdem zur Entfernung des anhaftenden Schleimes die Oberfläche der Mandel in jedem Falle gereinigt war. In keinem Falle fanden sich Tuberkelbacillen, trotzdem in 30 Fällen tuberculöse Belastung bestand, in 18 Fällen hereditäre, 17mal persönliche. Streptokokken fanden sich allein niemals, mit anderen Keimen 37mal; Staphylokokken rein 60mal, in Mischinfection 69mal; andere Kokken rein 41mal, gemischt 54mal; Pneumokokken 3mal; Leptothrix buccalis 2mal. Verf. kommt zu dem Schluss, dass tuberculöse Adenoidwucherungen, wenn sie überhaupt existiren, ausserordentlich selten sein müssen, da er sie unter 201 Fällen nicht einmal antraf.

A. CARTAZ.

28) **Gallois. Was ist aus den Scropheln geworden? (Qu'est devenue la scrofule?)** *Bulletin Medical. 7. Februar 1897.*

Verf. sucht eine sicherlich übertriebene Verbindung herzustellen zwischen der Scrophulose und den adenoiden Vegetationen. Er behauptet, dass die Kinder mit geschwollenen Halsdrüsen, die man ehemals einfach für scrophulös ansah, in 9 von 10 Fällen an adenoiden Geschwülsten leiden, und er sucht nachzuweisen, dass der alte Typus des Scrophulösen mit dem später von Meyer beschriebenen identisch ist. Uns erscheint dies nicht gerechtfertigt. Die Beziehungen der adenoiden Vegetationen, bei denen gewöhnlich keine Halsdrüsenschwellung besteht, und der Drüsenscrophulose, die oft keine weiteren Manifestationen hat, sind viel entferntere.

PAUL RAUGÉ.

29) **P. Mc Bride** und **A. Logan Turner. Adenoidgeschwülste im Nasenrachenraum. Eine pathologische und klinische Studie. (Naso-pharyngeal adenoids, a pathological and clinical study.)** *Edinburgh Med. Journal. April, Mai u. Juni 1897.*

Die Verff. geben eine klinische Analyse von 500 Fällen; ihre pathologisch-anatomischen Betrachtungen basiren auf der mikroskopischen Untersuchung von 100 derselben. Folgende Schlüsse wurden aus dieser gezogen:

1. Das Flimmerepithel, das die hypertrophische Rachenmandel bedeckt, kann an gewissen Stellen in ein geschichtetes Pflasterepithel umgewandelt sein; das letztere ist verdickt, wahrscheinlich in Folge des intermittirenden Druckes, dem die Geschwulst ausgesetzt ist.
2. Dieser Vorgang tritt besonders leicht in dem engeren Nasenrachenraum jüngerer Kinder auf.
3. Die Cilien können über weite Flächen fort zerstört und das Epithel in wechselndem Grade verdünnt werden. Die Auswanderung von Leukocyten ist keine allgemeine.
4. Es besteht eine Tendenz zum Ueberwiegen des Bindegewebes; dasselbe beginnt in der Umgebung der Blutgefässe und invadirt allmälig das Lymphgewebe, indem es zur Schrumpfung der Geschwulst führt.
5. Dieser Process ist nicht auf die Zeit der Pubertät oder nach derselben beschränkt, sondern tritt auch bei ganz jungen Kindern auf und ist daher als unabhängig vom Alter des Patienten anzusehen.
6. Der Verlust der Cilien, die Verdünnung des Epithels über weite Flächen,

ferner das Fehlen der freien Ventilation durch den Nasenrachenraum, während die Oberfläche der adenoiden Massen mit schleimigem Secret bedeckt ist, bilden eine Quelle der Gefahr für den Patienten durch bakterielle Infection, aber auch ohne solche.

Die Verff. forschten weiterhin der Möglichkeit tuberculöser Infection durch die adenoiden Wucherungen nach; sie fanden tuberculöse Herde in den exstirpirten Theilen von 3 unter 100 untersuchten Fällen (3 pCt.). Bei keinem der 3 waren Tuberkelbacillen nachweisbar; bei 2 aber bestand eine tuberculöse Infection der Halsdrüsen (tiefe obere Drüsen), die aller Wahrscheinlichkeit nach im Nasopharynx ihren Ursprung genommen hatte. Die Patienten waren sonst vollständig gesund und wurden durch die Operation sehr günstig beeinflusst. Die Verff. citiren die Arbeiten von Lermoyez, Dieulafoy, Brindel, G. Gottstein, Pluder und Fischer.

Die Mehrzahl der Fälle von Adenoidgeschwülsten kommt in den Jahren von 6 bis 15 vor. Der jüngste unter den Patienten der Verff. war 18 Monate alt, der älteste, welcher sehr ausgesprochene Adenoide hatte, war 48 Jahre alt. Was die Geschlechter anlangt, so sind beide in fast gleichem Maasse betheiligt. Eine gewisse Familiendisposition liess sich in einer Reihe von Fällen nachweisen. Unter den 500 Fällen bestand Taubheit in wechselnder Stärke bei 304; bei 98 von diesen waren Zeichen früherer oder jetziger Mittelohreiterung vorhanden.

Bei Besprechung einiger selteneren Affectionen, die man mit der adenoiden Hypertrophie in Beziehung gebracht hat, erklären die Verff., dass sie sich von dem Zusammenhang der Enuresis nocturna mit dem Vorhandensein der Adenoide nicht überzeugen konnten, obgleich beide in ein paar von ihren Fällen nebeneinander bestanden. In einem Falle von Asthma folgte der Operation vorübergehende Besserung. In einem Falle wurde Chorea durch die Entfernung der adenoiden Vegetationen des Nasopharynx geheilt.

Die Prognose ist in der Regel vorzüglich. Der Operation folgt stets eine deutliche Besserung. Bezüglich der durch die Adenoide verursachten Taubheit ergab die sorgfältige, mehrere Monate nach der Operation fortgesetzte Beobachtung der betreffenden Fälle, dass, wenn sclerotische Veränderungen im Mittelohr nicht bestanden, das Gehör sich sehr erheblich besserte. Dies war bei den Fällen von Eiterung ebenso wie bei einfacher Verstopfung der Tube der Fall und sogar bei den Patienten, die nach der Pubertät operirt wurden. Einige Feststellungen, die 3 und 7 Stunden nach der Operation erhoben wurden, ergaben, dass die Besserung zu dieser Zeit bereits begonnen hatte. Eingezogene Membranen, die nach mehreren Monaten geprüft wurden, fanden sich unverändert in dieser Stellung, obgleich das Gehör sich wieder eingestellt hatte.

Die Verff. erprobten die Chloroformnarkose als die beste; Bromäthyl stellte sie nicht zufrieden. Bei über das Ende des Tisches herabhängendem Kopf hatten sie am besten Zugang zum Nasenrachenraum und zu Störungen durch Blutung oder andere Zufälle gab diese Lagerung keinen Anlass. Von Instrumenten benutzten die Verff. gewöhnlich die Delstanche'sche Modification der Gottstein-schen Curette, das Horstmann'sche Ringmesser oder den Fingernagel, bei weitem Nasopharynx auch die Kuhn'sche Zange. Autoreferat.

30) **Dobisch** (Auscha). **Drüsenschwellungen am Halse bei adenoiden Wucherungen.** *Prager med. Wochenschr. No. 23. 1897.*

D. citirt einen Fall, in welchem nach Abtragung der adenoiden Wucherungen ein grosses Packet geschwellter äusserer Halsdrüsen bis auf ein Minimum schwand. Bemerkenswerth erscheint seine Angabe, dass er noch niemals bei einem grösseren Materiale Recidive von adenoiden Vegetationen sah, seitdem er post operationem 3—4 Wochen lang mit Lugol'scher Lösung die Operationsfläche bepinselt.

CHIARI.

31) **Zimmermann** (Dresden). **Organerkrankungen in Folge von geringen Wucherungen im Nasenrachenraum.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 44. 1897.*

Es werden nur jene Formen besprochen, in denen es sich um gauz geringe Wucherungen am Rachendach handelt und wo doch recht erhebliche Störungen in entfernten Organen ausgelöst werden. Weil diese geringen Wucherungen die Nasenathmung direct nicht behindern, entgehen sie leicht der Beachtung und die von ihnen ausgehenden Erkrankungen imponiren als selbstständige. Diese beziehen sich auf das Ohr, den Respirationstractus und auf das Nervensystem. Die Besprechung dieser Erkrankungen wird durch einzelne Beispiele illustrirt.

SEIFERT.

32) **Henry J. Mulford. Der diathetische Ursprung der Gewebswucherung im kindlichen Pharynx. (The diathetic origin of tissue overgrowth in the pharynx of the child.)** *N. Y. Med. Record. 23. Januar 1897.*

Unter „Gewebswucherung im Pharynx“ versteht Verf., was man gewöhnlich als adenoide Vegetationen bezeichnet. Er ist der Meinung, dass das Auftreten dieser Affection bei Kindern zarten Alters offenbare Zeichen hereditärer Diathese an sich trägt.

LEFFERTS.

33) **L. Declaire. Nervöse Störungen im Zusammenhang mit adenoiden Vegetationen beim Kinde. (Des troubles nerveux en rapport avec la présence des végétations adénoides chez l'enfant.)** *Thèse de Paris. 1897.*

D. studirt die Zufälle, die in gewissen Fällen auf vorhandene adenoide Vegetationen bezogen werden können. Er nennt den Husten, die Laryngitis stridulosa (27mal unter 90 Fällen), das Asthma, den Kopfschmerz (6mal unter 90), den nächtlichen Schrecken und die Incontinentia urinae. Die Entfernung der Adenoide bewirkt bisweilen Heilung dieser Zufälle und begünstigt stets die Wiederherstellung der allgemeinen Gesundheit.

A. CARTAZ.

34) **Quesse** (Bremerhaven). **Epilepsie und adenoide Vegetationen.** *Der ärztliche Praktiker. Juli 1896.*

Verf. will relativ häufig(!) einen Zusammenhang beider Erkrankungen gesehen resp. die Epilepsie durch die Entfernung der hyperplastischen Rachentonsille geheilt haben. „Die Entstehung epileptischer Anfälle als Folge von adenoiden Vegetationen scheint direct durch eine Reizung vasomotorischer Nerven veranlasst zu sein, welch' letztere in einem abgegrenzten Bezirk der Hirnrinde Hyperdiämorrhosis hervorruft.“

A. ROSENBERG.

35) **Edmund B. Spear. Ohrenleiden bei Kindern; ihre Beziehung zu adenoiden Vegetationen. (Ear ache in children. (Its relation to adenoid disease.)** *Annals of Gynaecology and Pediatry. Mai 1897.*

S. ist der Ansicht, dass alle Kinder, die an acuter Entzündung der Paukenhöhle erkranken, adenoide Vegetationen haben. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

36) **Frankenberger. Beziehung der Adenoiden zur Taubheit. (Relation of adenoids to deafness.)** *Medical News. 20. März 1897.*

F. untersuchte 159 Kinder in der Prager Taubstummen-Anstalt; er fand eine Hypertrophie der Tonsillen bei 94 (=59,5 pCt.). Bei 42 Fällen bestanden Mittelohrerkrankungen; entweder chronische Eiterung oder Folgezustände derselben. Von diesen 42 hatten 37 (= 88 pCt.) adenoide Vegetationen. Die Häufigkeit des Vorkommens von Adenoiden bei Taubstummen ist schon oft notirt, und Verf. ist mit anderen Autoren der Ansicht, dass die Taubheit in manchen Fällen, die zu den congenitalen gerechnet werden, durch Krankheit erst erworben ist und dass durch prophylactische und therapeutische Maassnahmen Gehör und Sprache in solchen Fällen wohl hätte erhalten werden können. LEFFERTS.

37) **W. M. Stenhouse** (Dunedin New Zeland). **Angeborene Adenoidgeschwülste als Ursache von Taubstummheit. (Ante-natal adenoid growths as a cause of deaf-mutism.)** *Transactions 4. Intercolonial Med. Congress. 1896.*

S. bespricht eine Familie, deren eines Mitglied taubstumm war. Im Alter von 16 Jahren waren demselben die adenoiden Vegetationen entfernt worden, ohne dass das Gehör dadurch gebessert wurde. Eine 3jährige Schwester litt auch an adenoiden Wucherungen und Gehörsschwäche. Bei dieser verschwand das Gehörleiden nach der Operation. Auch bei einem erst wenige Tage alten Kinde der Familie fand sich eine kleine weiche Geschwulst im Nasenrachen. Dieselbe wurde mit dem Fingernagel fortgekratzt. Dieses Kind hat ein vollkommenes Gehör. [Der Beweis für die im Titel enthaltene Behauptung erscheint schwach. Ref.]

A. J. BRADY.

38) **Schwartz** (Rostock). **Ueber die Beziehungen zwischen Schädelform, Gaumenwölbung und Hyperplasie der Rachenmandel.** *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. 1897.*

Die an 161 Schädeln der Rostocker anatomischen Sammlung vorgenommenen Messungen ergaben entgegen der Annahme von E. Fränkel, dass Schädelform und Gaumenform von einander unabhängig sind. Die Messungen am Lebenden (154 Fälle), welche mit einem dem Siebenmann'schen Palatometer ähnlichen Instrumente vorgenommen wurden, bestätigten die an macerirten Schädeln gewonnenen Resultate.

Eine zweite Frage, ob Rachenmandelhyperplasie hauptsächlich bei Dolichocephalen vorkomme, wird ebenfalls verneint, unter 84 an starker Hyperplasie der Rachenmandel Leidenden befand sich kein einziger Dolichocephale. SEIFERT.

39) **Siebenmann. Ueber adenoiden Habitus und Leptoprosopie sowie über das kurze Septum der Chamaeprosopen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1897.*

Bezugnehmend auf die Fränkel'sche Dissertation betont S., dass eine par-

tielle Wölbung des harten Gaumens bei adenoiden Vegetationen nicht häufiger vorkommt als bei Individuen mit gesundem Retronasalraum und dass die Wucherungen an dieser Missbildung unschuldig sind. Richtig ist, dass bei hochgaumigen an adenoiden Vegetationen Leidenden eine schmale lange Nase und in der Regel ein schmales hohes Gesicht, d. h. ein Obergesichtsbreitenhöhenindex gefunden wird, welcher über der Mitte liegt. Wenn Hopmann bei Ozaenösen eine Verkürzung des Septum vorfand, so beruht sie darauf, dass überhaupt bei allen Breitgesichtern im unteren Nasengang gemessen der Vomer relativ kürzer erscheint.

SCHECH.

40) **Gleitsmann. Einfluss der adenoiden Vegetationen auf die Entwicklung und Configuration des Oberkiefers und der Nasenscheidewand. (Influence des végétations adénoides sur le developpement et la configuration du maxillaire supérieur et de la cloison nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 7. Juli 1897.*

Verf. studirt die Veränderungen des Oberkiefers, die bei Personen mit adenoiden Wucherungen zur Zeit der zweiten Dentition auftreten, die Spitzbogenform des Gaumengewölbes, die V-Form des Kiefers, die fehlerhafte Einpflanzung der Zähne u. s. w. Er setzt auseinander, wie sich von diesen Verbildungen die Deviationen des Septums ableiten.

E. J. MOURE.

41) **Ino A. James. Ein paar Bemerkungen über adenoide Vegetationen; mit Krankengeschichten. (Some remarks on adenoids, with cases.)** *N. Y. Med. Record. 17. April 1897.*

Verf. stellt einige besonders illustrative Fälle zusammen, an denen er die einzelnen Symptome der Adenoiden erläutert. Seine Bemerkungen bringen nichts besonders Werthvolles und sicherlich nichts Neues.

LEFFERTS.

42) **Beckmann. Zur Pathologie und Therapie der Rachenmandel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1897.*

B. operirte 5000 Fälle mit einem selbst construirten in einem viereckigen Rahmen angebrachten Messer, das in stumpfem Winkel einem geraden Stiele aufsitzt. Die Disposition zur Rachenmandel ist sehr oft vererbt, die meisten der im Jahre 1893 operirten Kranken standen im Alter von 5—6 (103) und 7—8 Jahren (121). B. glaubt, dass der typische acute, von eitriger Secretion gefolgte infectiöse Schnupfen in einer primären Entzündung der Rachenmandel bestehe, welche die Eingangspforte des Virus sei. Sehr oft wird Eiter ins Ohr geschleppt und dasselbe inficirt, weshalb B. auch bei acuten Eiterungen die Rachenmandel entfernt. Auch den Symptomencomplex der Scrophulose lässt B. durch die eiternde Rachenmandel auslösen.

SCHECH.

43) **L. W. Flanders. Adenoide Wucherungen im Rachengewölbe. (Adenoid vegetations in the vault of pharynx.)** *Journal of Med. and Science. Januar 1897.*

Verf. bespricht die Symptome der adenoiden Vegetationen und die Folge-

störungen, die durch sie verursacht werden. Er operirt vorzugsweise mit der Zange und zwar bei Kindern unter 10 Jahren in Aethernarkose.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

44) **Guineau. Klinische Studie über die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums beim Säugling. (Etude clinique des végétations adénoides du pharynx nasal chez le nourisson.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Adenoide sind nicht selten beim Säugling. Sie geben entsprechend dem Alter ein besonderes Symptomenbild, das beherrscht wird von der Störung der Athmung und den Schwierigkeiten der Ernährung. Diese machen eine radicale Behandlung nothwendig; am besten macht man die Abtragung mit der Zange.

A. CARTAZ.

45) **Ch. Bertrand. Adenoide Vegetationen der Pubertätsjahre und der Erwachsenen. (Végétations adénoides de l'adolescence et de l'age adulte.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

46) **Wm. Porter. Adenoide Wucherungen im Rachen. (Adenoids in the pharynx.)** *Medical Review. 9. Januar 1897.*

Verf. leitet in seiner Praxis, bevor er Adenoide operirt, eine besondere Behandlung ein, indem er auf die Geschwulstmassen eine starke Lösung von Ammonium muriatic. ein paar Tage lang und dann eine Lösung von Eisen in Glycerin applicirt. Dadurch wird der Umfang der Geschwulst und auch die Blutung und der Schmerz bei der Operation herabgesetzt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

47) **J. Sendziak. Ueber die Ergebnisse der operativen Behandlung der adenoiden Vegetationen des Nasopharynx. (O wynikach operacyjnego leczenia t. zw. wyrosli adenoidalnych w jamie noso-gardzielowej.)** *Gazeta lekarska. No. 25. 1897.*

Von 718 Fällen wurden vom Verf. 336 operativ behandelt. Die Resultate waren im Grossen und Ganzen sehr zufriedenstellend in Bezug auf die 1. Nasenathmung, 2. Besserung des Allgemeinzustandes, 3. der Intelligenz, 4. Gehör, 5. Reflexneurosen, 6. Sprachstörungen u. s. w.

(Die Arbeit wurde auch englisch im Journal of Laryngology — April 1897 — veröffentlicht.)

SOKOLOWSKI.

48) **Arth. Hartmann** (Berlin). **Die Operation der adenoiden Wucherungen unter directer Besichtigung mit grader Zange**. *Deutsche med. Wochenschr. Therap. Beil. No. 9. 7. October 1897.*

H. cocainisirt Nasenrachen, Rachen und Gaumensegel mit 5proc. Cocainlösung, zieht das Gaumensegel mit einem dem Lindt'schen ähnlichen aber geradstieligen Haken kräftig nach vorn, führt unter Leitung des Auges eine von ihm construirte vorn schneidende Zange zuerst rechts, dann links ein und schneidet jedesmal eine Hälfte der Rachenmandel heraus. — Das Verfahren eignet sich besonders für die Fälle, in denen die Wucherung nicht allein am Rachendache,

sondern auch in den Rosenmüller'schen Gruben und an der hinteren Wand sitzen.

ZARNIKO.

49) **Schmiegelow. Ein Fall von primärer tödtlicher Blutung nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1897.*

Der Tod war durch Platzen der Carotis interna vor ihrem Eintritt in den Canalis caroticus erfolgt; an der Läsionsstelle der Pharynxwand zeigte sich das Gefäss aber intact.

SCHECH.

50) **T. H. Hardie. Anaesthetica bei der Operation adenoider Vegetationen. (Anaesthetics in adenoid operations.)** *N. Y. Med. Record. 16. Januar 1897.*

H. empfiehlt die Anästhesirung, weil die Operation gewöhnlich schmerzhaft ist und weil ein gründliches Operiren — ausser bei Erwachsenen — in der Regel nur in der Narkose möglich ist. Auch haben Kinder, wie Elephanten, ein gutes Gedächtniss für Unannehmlichkeiten und sie behalten die Erinnerung der Zange oder Curette und einen ausgesprochenen Widerwillen gegen eine zweitmalige Einführung derselben. Bei gesunden Lungen und Herz verlangt H. deshalb, wenn die Geschwulst nicht ganz scharf umgrenzt und gering ist und wenn das Kind schon gross genug ist, um eine Erinnerung zu bewahren, die allgemeine Narkose. Cocain und die kalte Schlinge sind nur bei grösseren Kindern und Erwachsenen am Platze; bei kleineren Kindern soll kein Cocain gegeben werden. Stickoxyd hat häufig zu kurzdauernde Wirkung. Bromaethyl ist oft recht zweckmässig, eignet sich aber nicht für sehr nervöse und furchtsame Kinder. Bei voraussichtlich längerer Dauer der Operation ist die Aethernarkose am meisten zu empfehlen.

LEFFERTS.

51) **J. S. Doubleday. Eine neue Nasenrachenraum-Curette. (A new nasopharyngeal curette.)** *N. Y. Med. Record. 13. März 1897.*

Die Moure'sche Modification der Gottstein'schen Curette.

LEFFERTS.

52) **J. E. Shadle. Das postnasale Lymphotom. (The postnasal lymphotome.)** *Northwestern Lancet. 15. Februar 1897. The Laryngoscope. April 1897.*

Beschreibung des Instrumentes. Dasselbe gleicht im Princip der zur Entfernung von hypertrophischem Gewebe von der Zungenbasis empfohlenen Guillotine. Das ringförmige Messer lässt sich dem Alter und der Grösse des Kindes anpassen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

53) **Reinbach. Zur Lehre von den sublingualen Geschwülsten des Kindesalters.** Aus der Breslauer Klinik des Prof. Mikulicz. — *Beiträge zur klin. Chirurgie. XVIII. 1897.*

R. beschreibt einen Fall von Geschwulst am Frenulum linguae bei einem 10 Monate alten Kinde, der dem von Concetti als „Produzione sottolinguale dell'

infancia“ bezeichneten entspricht. Das mikroskopische Aussehen des exstirpirten Tumors spricht für eine echte Schwiele oder eine angiomatöse Neubildung.

A. ROSENBERG.

54) **Engelmann. Ranula bei einem 9jährigen Mädchen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 12. 1897.*

Der Fall ist insofern merkwürdig, als der Tumor bei Verschluss von Nase und Mund verschwand, während der Exspiration bei Verschluss von Nase und Mund die Cyste wieder prall gefüllt erschien. Dieses Phänomen erklärt sich bei Annahme einer Sanduhrform der Ranula, indem der zwischen der Mundbodenmuskulatur liegende Schleimbeutel bei forcirter Exspiration seinen Inhalt in die Cyste entleert, bei forcirter Inspiration dagegen den Inhalt wieder ansaugt.

SCHECH.

55) **v. Hippel** (Berlin). **Ueber Bau und Wesen der Ranula.** *Archiv für klin. Chirurgie. 55. Bd. 1. H. 1897.*

Auf Grund seiner zahlreichen histologischen Untersuchungen erklärt H. die Ranula als eine Retentionscyste der Glandula sublingualis, seltener der Glandula incisiva. Der Sitz befindet sich in den kleinsten Ausführungsgängen dieser Drüsen. Den Anstoss zu ihrer Entstehung giebt eine partielle chronische interstitielle Entzündung, welche zum Verschluss einiger kleiner Ausführungsgänge führt.

SEIFERT.

56) **v. Hippel** (Berlin). **Die Operation der Ranula.** *Archiv f. klin. Chirurgie. XXV. Bd. 4. H. 1897.*

Von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

57) **Oulmann** (Stuttgart). **Beitrag zur Kenntniss der Glossitis luetica.** Dissert. Würzburg. 1897.

38jähriger Mann, der sich vor $11^1/_2$ Jahren inficirt und kurze Zeit danach 2, später wegen Hodensyphilis weitere 5—6 Schmierkuren durchgemacht hatte. Etwa 6 Jahre nach der Infection traten die ersten Erscheinungen der Zungenaffection auf. Bei der Aufnahme wurden Gummata der Zunge, die nicht ulcerirt waren und zu einer erheblichen Verdickung der Zunge geführt hatten, constatirt. Auf Jodkali fast vollständige Heilung.

SEIFERT.

58) **J. Hollick. Acute Mandel- und Zungenentzündung gefolgt von tuberculöser Meningitis, Hysterie vortäuschend. (Acute tonsillo-glossitis followed by tuberculous meningitis simulating hysteria.)** *Brit. Med. Journ. 10. April 1897.*

40jährige Patientin, die 4 Tage lang an schwerer Mandel- und Zungenentzündung litt, dann sehr schwach und apathisch wurde, Lähmungen bekam und innerhalb 12 Tagen zu Grunde ging. Puls 120, Temperatur 39—40°. Die Symptome wurden als functionelle gedeutet (!). Bei der Section fanden sich zahlreiche Tuberkel in den Lungen und an den Meningen.

ADOLPH BRONNER.

59) **Le Boeuf. Zungentuberculose. (Tuberculose de la langue.)** *La Clinique. No. 25. 1897. Journal Méd. de Bruxelles. No. 24. 1897.*

In der anatomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel, Sitzung vom

11. Juni 1897, zeigt L. einen Zungentumor vor, der bei einem Kehlkopftuberculösen exstirpirt war: 4 cm lang 11 mm breit und 10 mm tief sass derselbe der oberen Seite der Zunge auf und präsentirte sich als eine „wie mit dem Locheisen ausgeschnittene tiefe Ulceration mit unregelmässigen gefranzten Rändern, in der Mitte von einer 5 mm tiefen Fissur durchzogen“. BAYER.

60) **Le Boeuf. Die Zungentuberculose. (La tuberculose de la langue.)** *Journal Médical de Bruxelles. No. 28. 1897.*

Betrachtungen über die Zungentuberculose im Anschluss an den mitgetheilten Fall Referat No. 59. BAYER.

61) **P. Claisse. Primäre Actinomycose der Zunge. (L'actinomycose linguale primitive.)** *Presse méd. 31. März 1897.*

Der Kranke, ein Mann von 39 Jahren, suchte den Verf. im December 1895 wegen einer Ulceration auf der Zunge auf, die traumatischen Ursprungs, durch einen scharfen Zahnvorsprung bedingt zu sein schien. Im Januar 1896 ist die Wunde geschlossen. Im April kommt der Patient wieder mit einer klein-nussgrossen, nicht fluctuirenden Geschwulst, die der Stelle der früheren Ulceration entspricht. Die Diagnose schwankt zwischen Krebs und Syphilis. Jod führt zur Besserung der Functionsstörungen, aber es bleibt in der Tiefe ein harter Knoten zurück. Im August ist der Tumor grösser und fluctuirend. Die Punction ergiebt eine schleimig-eitrige Flüssigkeit, die charakteristische Actinomyceskörnchen enthält. Erneute Jodbehandlung führt zur vollständigen Heilung. A. CARTAZ.

62) **Binder. Ueber 40 Fälle von Zungencarcinom, ihre Behandlung und Endresultate.** Aus der Züricher Klinik von Prof. Krönlein. — *Beiträge z. klin. Chirurgie. XVII. 1896.*

Auf 627 Krebspatienten kommen etwa 5 pCt. Zungenkrebskranke und zwar 38 Männer und 2 Frauen. Nach einer eingehenden Besprechung der Aetiologie, pathologischen Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Prognose, die nichts wesentlich Neues bringt, kritisirt Verf. die verschiedenen Operationsmethoden und giebt das Resultat der auf der Krönlein'schen Klinik vorgenommenen Operationen. Die Lebensdauer der wegen Zungenkrebs operirten Kranken, die später einem Recidiv erlegen sind, wird gegenüber den Nicht-Operirten um durchschnittlich 5 Monate verlängert. Das Carcinom der Zunge wurde in 33 Fällen primärer Exstirpation 8 Mal, d. h. in ca. 24 pCt. definitiv geheilt. A. ROSENBERG.

63) **Heldenbergh. Fall von partieller linksseitiger Hemiparese der Zunge hysterischen Ursprungs. (Un cas d'hémiparésie partielle gauche de la langue d'origine hystérique.)** *La Belgique Méd. No. 42. 1897.*

Partielle — auf einen Theil der linken vorderen Zungenhälfte beschränkte — Hemiparese der Zunge bei einem 18jährigen Mädchen im Gefolge von anderen ausgesprochen hysterischen Erscheinungen. BAYER.

64) **Schultze. Ueber Tiefstand des Zungengrundes bei peripherer Facialislähmung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 23. 1897.*

Die Zunge weicht in Fällen von Facialislähmung nicht nur mit ihrer Spitze

von der geraden Richtung ab, sondern es steht auch manchmal der Zungengrund sowohl in der Ruhelage als auch beim Herausstrecken auf der kranken Seite tiefer als auf der gesunden.

SCHECH.

65) **Weber. Ueber Tiefstand des Zungengrundes bei Facialislähmung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1897.*

Während Schultze auf ein neues Symptom des Tiefstandes des Zungengrundes auf der Seite der Lähmung bei Facialislähmung aufmerksam macht und bemerkt, dass er diese Erscheinung bisher nur bei einigen Fällen peripherer Lähmung gesehen habe, theilt Weber einen Fall mit, bei dem sich dieses Symptom auch bei centraler Facialislähmung vorfand.

SCHECH.

66) **Winckler. Einiges über die Hyperplasie der Zungentonsille und deren operative Beseitigung.** *Verhdl. d. IV. Vers. d. südd. Laryng. 1897.*

Bei geringer Hyperplasie führen Gurgelungen oder Bepinselungen zum Ziel, bei anderen, namentlich Sängern oder Berufsrednern, muss operativ eingegriffen werden, zumal bei solchen der Klang der Stimme Schaden leidet und Ermüdung eintritt. Man operirt mit der Curette oder Zange oder Scheere, bei breitaufsitzender Hyperplasie verdient die Glühschlinge den Vorzug wegen Fehlens der Blutung.

SCHECH.

67) **Gevaert. Die Varicen der Zungenbasis. (Les varices de la base de la langue.)** *La Belgique Médicale. No. 46. 1897.*

Resumé der Publicationen über die Venenerweiterungen an der Zungenbasis, welche nach einigen Beobachtern häufig in Gemeinschaft von Hypertrophie der Zungenmandel vorkommen. Nach der Statistik sind sie am häufigsten zwischen den 30er bis 50er Jahren anzutreffen.

BAYER.

68) **Lexer** (Berlin). **Die Schleimhaut des Rachens als Eingangspforte pyogener Infectionen.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 54. Bd. 4. Heft. 1897.*

Die experimentellen Untersuchungen mit einem für Kaninchen hoch virulenten Streptococcus (dessen Culturen wurden jungen 14—16 Wochen alten Thieren in die Mundhöhle eingetropft) ergaben, dass nach der Infection der Mund- und Rachenhöhle mit einer geringen Menge virulenten Materiales ohne Verletzung oder Reizung ihrer Schleimhäute eine Allgemeininfection zu Stande kommt und zwar sind schon in kurzer Zeit nach dem Einbringen der Erreger in die Mundhöhle in den inneren Organen, später auch massenhaft im Blute die Kokken zu finden, als deren Eintrittspforte sich die lymphatischen Apparate des Rachens, vor Allem die Tonsillen mit Bestimmtheit ergeben. Die nämlichen günstigen Verhältnisse für die Resorption virulenter Bakterien sind im Menschen in den vielen Krypten und Taschen der Gaumen-, der Pharynx- und der Zungentonsille vertreten.

SEIFERT.

69) **Mc Bride. Pulsirende Gefässe im Rachen. (Pulsating vessels in the pharynx.)** *Medical News. 20. Februar 1897.*

Verf. verfügt über 3 Beobachtungen. Im 1. Falle fühlte man ein kräftiges arterielles Gefäss im rechten hinteren Gaumenbogen; über der Aorta bestand ein

systolisches, kein diastolisches Geräusch. Fall 2 betrifft einen Mann, der einen fluctuirenden und pulsirenden Tumor in der Gegend der einen Tonsille hatte. Es wurde an die Möglichkeit eines Aneurysmas gedacht, doch ergab die Operation, dass es sich um eine Cyste handelte. In Fall 3 war die Pulsation ersichtlich durch eine anatomische Abnormität verursacht. Auch bei diesem Falle bestand ein systolisches Geräusch über der Aorta und die Carotis, Subclavia, Axillaris und Brachialis zeigten Pulsation.

LEFFERTS.

70) **G. Naumann** (Schweden). **Diverticula pharyngis et cysta retentionis membranae thyrohyoideae. Exstirpatio.** *Hygaea. 199. 1896.*

Im Laufe eines Jahres hatte sich auf der Regio thyreohyoidea eines 37jähr., sonst gesunden Mannes ein haselnussgrosser Tumor entwickelt. Der Tumor wurde exstirpirt, aber stand in so intimer Verbindung mit der Membrana thyreohyoidea, dass diese bei der Exstirpation durchgeschnitten und der Pharynx geöffnet wurde. Symmetrisch auf jeder Seite des ganzen Tumors lag eine kleine erbsengrosse längliche Geschwulst, die beiderseits mit abgeschnitten wurde. Es zeigte sich, dass diese beiden reine Divertikel der Pharynxschleimhaut waren. Der grössere Tumor war von hellgelbem klarem Exsudat ausgedehnt, die Innenwand der Cyste mit einer Schleimhaut ähnlichen Membran ausgekleidet.

SCHMIEGELOW.

71) **H. H. Clutton. Pharyngealer Abscess, Blutung, Ligatur der Carotiden. (Pharyngeal abscess, haemorrhage, ligature of carotid arteries.)** *Brit. Med. Journal. 29. Mai 1897.*

In diesem am 25. Mai 1897 vor der Royal Medical and Chirurgical Society gehaltenen Vortrag berichtete der Autor von einem Falle äusserst schwerer Blutung aus einem im Rachengewölbe oberhalb der rechten Tonsille gelegenen Abscess, welche schliesslich erfolgreich mittelst Ligatur der Carotis communis externa und interna gestillt wurde. Die Details sind von ausschliesslich chirurgischem Interesse.

In der Discussion berichtete Mr. Pitts von einem ähnlichen Falle, und Mr. Harrison Cripps erörterte die Methode des operativen Vorgehens. Alle drei Autoren stimmten darin überein, dass es sich bei Fällen von arterieller Blutung in den oberen Luftwegen, deren genauer Ursprung nicht ermittelt werden könne, empfehle, alle drei Arterien zu unterbinden.

SEMON.

72) **Hagedorn** (Hamburg). **Das benigne Pharynxgeschwür (Heryng).** *Der ärztl. Prakt. 16. 1897.*

Mittheilung zweier Fälle und Besprechung der Differentialdiagnose, die hauptsächlich zwischen Tuberculose und Syphilis schwankt, sowie der Therapie.

SEIFERT.

73) **Therapeutica** (Medizina No. 1). **Recept bei Pharyngitis sicca.** *Wiener med. Blätter. No. 35. 1897. N. Y. Medical Record. 17. März 1897.*

Rp. Acid. carbolici 4,0
Tinct. jodinae 0,3

Tinct. aloes 0,4
Tinct. opii gtt. X.
Glycerini 30,0.
M. D. S. Mehrmals täglich der Rachenschleimhaut einzuverleiben.

CHIARI.

74) **Cecil Parser** und **Frank Tidswell. Ein Fall von Leptothrixmycose des Rachens. (A case of pharyngo-mycosis leptothricia.)** *Transact. 4. Intercolon. Medical Congress. 1896.*

Es fanden sich zahlreiche Bakterienarten, von denen 1. der Bacillus (Leptothrix) buccalis maximus, 2. Leptothrix innominata (Miller), 3. Jodococcus (Miller) und 4. Spirochaete dentium, ferner der Staphylococcus albus und ein nicht näher definirter Coccus gezüchtet wurden.

A. J. BRADY.

75) **Druon. Acute Tuberculose des Rachens. (Tuberculose aigue du pharynx.)** *Nord. méd. 1. Februar 1897.*

Nichts Besonderes. Die Tuberculose des Rachens trat secundär bei primärer Lungenphthise ein.

A. CARTAZ.

76) **Trarier. Verengerung des Pharynx; Pharyngotomia transhyoidea. (Rétrécissement du pharynx, pharyngotomie transhyoidienne.)** *Soc. d. sc. méd. de Lyon. 31. März 1897. Lyon médical. 9. Mai 1897.*

33jährige Frau, die infolge in der Ehe erworbener Syphilis eine complete Adhäsion zwischen Zäpfchen und Gaumensegel und hinterer Rachenwand aufwies. Vallas machte die Pharyngotomia transhyoidea und löste die Verwachsung; ein Martin'sches Instrument verhindert die Wiedervereinigung.

A. CARTAZ.

77) **Krönlein. Beiträge zur Kenntniss des Pharynxcarcinoms.** *München. med. Wochenschr. No. 18. 1897. Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1897.*

Die Pharynxcarcinome sind durchaus nicht so selten, wie man früher glaubte, K. fand eines auf 15 Carcinome überhaupt. Am seltensten sind sie im Nasenrachenraum, viel häufiger im Mundtheil und zwar sitzen sie meistens im Sinus tonsillaris, doch ist es oft schwer zu sagen, ob sie vom Zungengrund, der hinteren seitlichen Pharynxwand oder vom Velum ausgehen. Ohne Operation verlaufen sie rapid in circa 7 Monaten. Häufig sind auch die laryngopharyngealen Carcinome im Sinus pyriformis und hinter dem Larynx, wo sie meist circulär verlaufen. Die Operation der Mundrachencarcinome giebt häufige Recidive (10 von 15). Bei laryngealpharyngealem Krebs macht K. die Pharyngotomia subhyoidea; von 8 Operirten starben 6.

SCHECH.

78) **Krönlein. Ueber Pharynxcarcinom und Pharynxexstirpation.** *Beiträge zur klin. Chirurgie. XIX. 1897.*

Unter ca. 900 Krebskranken sah K. 61 Fälle von Pharynxcarcinom, 56 bei Männern und 5 bei Frauen. Einmal handelte es sich um einen metastatischen Mandelkrebs bei primärem Brustkrebs. Anatomisch erwiesen sie sich als Plattenepithelcarcinome. 2mal handelte es sich um naso-pharyngeale Carcinome, 30 oro-

pharyngeale, die gewöhnlich an der Pharynxseitenwand in der Gegend der Tonsille sitzen (18), seltener von der seitlichen Zungenbasis (10) oder noch seltener (2) von der Zungenbasis ausgehen. Laryngo-pharyngeale Carcinome beobachtete K. 29; sie sind also nicht so selten, wie allgemein angenommen wird. Sie gehen zumeist (25) von der vorderen und seitlichen Pharynxwand aus und zwar fast stets im oberen Theil eines Sinus pyriformis. Retrolaryngeale Carcinome sah K. nur 3mal und in nur 1 Falle war die hintere und seitliche Pharynxwand der Sitz der Geschwulst. 29 Patienten wurden einer Radicaloperation unterworfen; 11 erlagen einem Recidiv, immerhin gewannen sie an Lebensdauer 7 Monate; 2 sind dauernd geheilt. „Die Pharynxexstirpation wegen Carcinom ist darum eine vollberechtigte Operation."

A. ROSENBERG.

d. Diphtheritis und Croup.

79) **Roger** und **Bayeux** (Paris). **Locale Wirkungen des Diphtherietoxins. (Effets locaux de toxine diphthérique.)** *Société de Biologie. 13. März 1897.*

Man nimmt gewöhnlich an, dass die diphtheritischen Pseudomembranen im Experiment nur durch die Application einer lebenden Cultur auf die Schleimhaut hervorzubringen sind und dass die Schleimhaut vorher eine Verletzung erfahren muss. Die Verff. erweisen, dass unter gewissen Umständen auch das isolirte Toxin Pseudomembranen erzeugen kann. Während dieses beim Meerschweinchen nur Allgemeinerscheinungen auslöst, ruft es beim Kaninchen in der Mehrzahl der Fälle Pseudomembranen im Larynx, in der Trachea und in den Bronchien hervor. Es scheint, als ob bei sehr empfindlichen Thieren (Meerschweinchen) das Gift von den Athemwegen aus schnell resorbirt wird und vorzugsweise zu Allgemeinerscheinungen Anlass giebt, dagegen bei den resistenteren Thieren (Kaninchen) eine locale Reaction auftritt, die zur Bildung der Pseudomembran führt. Die Folgen sind in letzterem Falle weniger schwere, sei es, dass das Gift seine Wirkung in den localen Processen erschöpft, sei es, dass die locale Veränderung eine schützende Rolle gegenüber der Allgemeinvergiftung ausübt, wie dies bei der Impfung lebender Mikroben der Fall ist.

PAUL RAUGÉ.

80) **Louis Parkes. Die Infectiosität der Diphtheritis und die Beziehung der Häufigkeit der Diphtherie zum Schulbesuch. (The infectivity of diphtheria and the relation of diphtheria prevalence in school attendance.)** *Brit. Med. Journal. 15. Mai 1897.*

Eine rein statistische Arbeit, die sich zum Auszug durchaus nicht eignet, und deren Zweck, die Abhängigkeit der Krankheit und ihrer Häufigkeit vom Schulbesuch zu zeigen aus dem Titel hervorgeht. Sie wurde am 30. April in der epidemiologischen Gesellschaft von London vorgetragen, und führte zu einer Discussion, in welcher die Meinungen der einzelnen Redner über den Einfluss des Schulbesuchs auf das Leiden bedeutend auseinander gingen.

SEMON.

81) **Emil Freiherr von Dungern. Die Bedeutung der Mischinfection bei Diphtherie.** *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. XXI. 1897.*

Die Streptokokken bedingen nicht eine directe Virulenzsteigerung der Diphtheriebacillen, vielmehr geschieht dies durch eine Schwächung des Organismus, durch eine Schwächung seiner baktericiden Function.

Auch die Virulenz der Streptokokken wird durch die Stoffwechselproducte der Diphtheriebacillen nicht direct beeinflusst; dagegen trägt das Diphtheriegift sehr wesentlich dazu bei, den schützenden Wall der Leukocyten zu durchbrechen und den Streptokokken den Uebergang in die Blutbahn zu erleichtern.

Demnach wird der Grundsatz, das Heilserum sobald als möglich zu injiciren, bei der Mischinfection mit Streptokokken ganz besonders gelten.

A. ROSENBERG.

82) **E. Faber** (Kopenhagen). **Scarlatina als Ursache des Verschwindens des Diphtheriebacillus aus dem Schlunde. (Scarlatina som Aarsag til Difteribacillens Forsvinden i Svälget.)** *Hosp. Tid. R. 4. Bd. 4. S. 1083.*

In 3 Fällen hat Verf. die Beobachtung gemacht, dass die Diphtheriebacillen bei Diphtheriepatienten, die während der Reconvalescenz von Scarlatina befallen werden, plötzlich verschwinden.

SCHMIEGELOW.

83) **J. Grancher** (Paris). **Die bakteriologische und die klinische Diagnose der Diphtheritis. (Le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphthérie.)** *Bulletin médical. 14. März 1897.*

Die vorliegende Vorlesung, die G. am Hôpital des Enfants-Malades hielt, bedeutet in gewisser Hinsicht einen Ruf zum Rückzug. Sie ist augenscheinlich eine Reaction gegen die Allmacht des Laboratoriums und dies ist um so bedeutungsvoller, als G. ein überzeugter Anhänger der bakteriologischen Untersuchungsmethoden ist. Ohne die Untersuchung auf das Vorhandensein des Bacillus, die allein eine wissenschaftliche Gewissheit giebt, zu verwerfen, lehnt sich G. doch gegen die herrschende Neigung auf, die klinische Beobachtung dem Mikroskop und der Cultur vollständig unterzuordnen. Er wirft der bakteriologischen Diagnose der Diphtherie zuerst vor, dass sie die Stellung der Diagnose in die Länge zieht und einen therapeutischen Eingriff, der vielleicht drängend ist, verzögern kann; dann aber auch, dass sie doch nicht den Grad von Sicherkeit besitzt, den man ihr Anfangs zuschrieb. Von den verschiedenen morphologischen Formen, die man unter den Mikroben der Pseudomembranen antrifft, ist der lange Bacillus allein charakteristisch. Die specifische Bedeutung der mittleren und der kurzen Bacillen steht noch sehr in Frage und die Abgrenzung zwischen echten Diphtheriebacillen und Pseudodiphtheriebacillen ist noch keineswegs eine scharfe. Daraus ergiebt sich als Schluss: In der Praxis soll noch die Krankenuntersuchung, die traditionelle Würdigung der verschiedenen Symptome die ärztliche Meinung bezüglich der Diagnose und der Therapie begründen und leiten.

PAUL RAUGÉ.

84) **Katz** (Charlottenburg). **Beitrag zur Lehre von der diphtherischen Lähmung.** *Arch. f. Kinderheilk. XXIII. Bd. 1.—3. Heft. 1897.*

K. fand als erste Veränderung Erkrankungen der Ganglienzellen, denen sich

Veränderungen der von ihnen trophisch abhängigen Nervenfasern anschliessen, die Begriffe der Parese und Paralyse werden anatomisch zu erklären versucht. Schwere Störungen fanden sich in der Medulla oblongata und im Rückenmark, die Noxe ist nach K. in allen Fällen das diphtherische Gift. SEIFERT.

85) **Mineur. Diphtheritische Lähmungen nach Anwendung des Serums. (Paralysies diphthéritiques après emploi du serum.)** *Journal de Méd. de Bruxelles. No. 23. 1897.*

Angina diphth. bei einem 18jährigen Mädchen; nach einer einzigen Seruminjection erfolgt am 3. Tage rasch Heilung. 14 Tage später zeigen sich diphtheritische Lähmungen des Gaumensegels, der Augenmuskeln und der Glieder. M. hält das Auftreten von Lähmungen nach Seruminjectionen für selten. BAYER.

86) **T. F. Bell. Croup. (Croup.)** *Med. Age. 26. April 1897.*

Im hyperämischen Stadium giebt B. ein Brechmittel, Apomorphin oder Emetin in mässiger Dosis. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

87) **E. B. Robertson. Brom als locales Mittel bei Diphtherie. (Bromine as a topical application in diphtheria.)** *Occidental Med. Times. April 1897.*

Empfehlung der Application von Bromsalz. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

88) **Th. Madsen** (Kopenhagen). **Experimentelle Untersuchungen über das Diphtheritisgift. (Experimentelle Undersögelser over Difterigiften.** Kopenhagen. 1896.

Der Verf., Assistent an dem Universitäts-Laboratorium für medicinische Bakteriologie, theilt seine Erfahrungen über die Technik bei der Fabrikation des Serums mit. Wir empfehlen die Arbeit im Original zu lesen. SCHMIEGELOW.

89) **Monti** (Wien). **Heilerfolge des Heilserums bei Diphtherie.** *Arch. f. Kinderheilk. XXIV. 1. 2. 1897.*

Von 249 mit Heilserum behandelten Kranken genasen 207 = 83 pCt. und starben 42 = 17 pCt.

In 55 Fällen lag ausser Rachendiphtherie auch eine Erkrankung des Larynx mit mehr oder weniger hochgradigen stenotischen Erscheinungen vor, dennoch war nur in 13 Fällen chirurgische Hülfe nöthig und zwar wurde in 8 Fällen Intubation (7 Heilung, 1 Todesfall), in 3 Fällen die Intubation, darauf secundäre Tracheotomie gemacht (2 Heilung, 1 Todesfall), in 2 Fällen blieb die sofort vorgenommene Tracheotomie erfolglos (Rachen, Kehlkopf, Trachea und Bronchien betheiligt). Folgezustände wurden in 23 Fällen beobachtet und zwar bei 13 Lähmungen verschiedenen Grades und verschiedener Localisation und bei 10 Albuminurie. SEIFERT.

90) **Arloing** (Lyon). **Die Giftigkeit des Normalserums verglichen mit der des Diphtherieheilserums. (Toxicité comparée du serum normal et du serum antidiphthérique.)** *Société de Médecine de Lyon. 22. März 1897.*

Man hat das Serum des gegen Diphtherie immunisirten Pferdes der Giftig-

keit beschuldigt. Verf. hat diese Frage experimentell geprüft. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Giftwirkung des Serums des immunisirten Pferdes differirt nicht merkbar von der des Serum eines normalen Pferdes. Die tödtliche Dosis bei intravenöser Injection ist beim Hunde 6 ccm auf 1 Kilo Lebendgewicht. Die subcutane Injection wird viel besser vetragen; sie erzeugt nur vorübergehende leichtere Störungen, die nach 5—6 Stunden verschwinden.

Der Verf. schliesst daraus, dass die dem Heilserum gemachten Vorwürfe der Giftigkeit schlecht begründet oder zum mindesten stark übertrieben sind.

PAUL RAUGÉ.

91) . . . **Officielle Untersuchung über die Wirksamkeit des antidiphtheritischen Heilserums in Belgien. (Enquête officielle sur l'efficacité du sérum antidiphthéritique en Belgique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 12. 1897.*

Die Statistik erstreckt sich auf 734 Kranke mit wahrer Diphtherie, welche mit Serum aus Paris, Brüssel und Löwen behandelt worden waren. Eingetheilt in 4 Categorien, litten an

Categorie 1 (Angina) = 343;
„ 2 (Angina mit mehr oder weniger ausgesprochener Laryngitis) = 276;
„ 3 (primärer Croup) = 115;
„ 4 (andere Localisation) = 0;
davon starben 122, also Mortalität von 16 pCt.

Vergleicht man die einzelnen Categorien unter sich, so ergiebt sich für Categorie 1 eine Sterblichkeit von 9 pCt., für Categorie 2 von 19 pCt. und für Categorie 3 von 33 pCt.

Rechnet man nur die Fälle, welche die erste Serumeinspritzung 24 Stunden überlebt haben, so bekommt man 669 Kranke mit 57 Todesfällen, entsprechend einem Procentsatz von 8,5 pCt., Resultat, welches für die einzelnen Serums ganz auffallend übereinstimmt.

Das Nähere ist l. c. nachzulesen.

BAYER.

92) **Mergl Oedön. Ueber mit Serum behandelte Diphtheritiskranke.** *Gyógyászat. 10. H. 1897.*

M. behandelte im Franz Josef's Kinderspitale zu Pressburg insgesammt 107 Diphtheriekranke. Von diesen wurde bei 87 das Serum angewendet. Es heilten 57, starben 30 Kinder. Die Mortalität betrug somit $34^1/_2$ pCt. Nach den Injectionen beobachtete M. Besserung des Allgemeinbefindens und Abfall der Temperatur. In 27 Fällen beobachtete er Albuminurie, bei 18 Fällen Hautexanthem. Als Localsymptome konnte man wahrnehmen, dass der diphtheritische Belag der Mandeln früher zur Abstossung gelangte. Operative Eingriffe, namentlich Intubation, konnte zwar bei Larynxdiphtherie nicht vermieden werden, jedoch stellt sich auch bei diesen Fällen, wenn Serum angewendet wird, die Prognose günstiger.

v. NAVRATIL.

93) **Lisst Nándor. Mit Serum behandelte Diphtheritisfälle.** *Gyógyászat. 10. H. 1897.*

L. behandelte während einer Epidemie auf dem Lande 42 Fälle mit Serum.

Von diesen starb ein Diphtheritiskranker. Die Mortalität betrug somit 2,38 pCt. L. war nicht in der Lage, die Diagnose auch bakteriologisch festzustellen, jedoch kamen nur die klinisch prägnanten Diphtheriefälle in Serumbehandlung. Obzwar L. in jedem Falle sich von der ausgezeichneten Wirkung des Serums überzeugen konnte, ist er doch geneigt die äusserst günstigen Resultate der Serumbehandlung theilweise dem milden Charakter der Epidemie zuzuschreiben.

Den Injectionen folgte gewöhnlich Besserung des Allgemeinbefindens, Abfall der Temperatur; die diphtheritischen Membranen gelangten nach 36—48 Stunden zur Abstossung ohne jede locale Behandlung. L. machte auch die Beoachtung, dass die Kinder nach den Injectionen oft in einen äusserst tiefen Schlaf verfielen.

v. NAVRATIL.

94) **Gawrilow. Resultate der Serumtherapie im Pensaschen Gouvernement im Jahre 1896. (Resultati letschenija difterii siworotkoi w penseaskoi gubernii w 1896.)** *Wratsch. No. 26 u. 27. 1897.*

G. behandelt in seinem gewissenhaft verfassten und lesenswerthen Artikel die statistische Erhebung über die Serumtherapie im genannten Gouvernement. Seiner Arbeit liegt zu Grunde ein Gesammtmaterial von 7273 Diphtheriefällen, die nach einem bestimmten System von 34 Aerzten zusammengetragen wurden. Das Material wird nach sehr verschiedenen Richtungen hin geprüft und besprochen. Alles lässt sich im Referat nicht wiedergeben; erwähnt sei nur, dass die Sterblichkeit nach Injectionen von weniger als 1000 Einheiten geringer (4,67 pCt. in leichten, 21,55 pCt. in schweren, 40,51 pCt. in sehr schweren Fällen) war, als nach Injection von 1000 und mehr Einheiten. Die entsprechenden Zahlen betrugen hier:

5,92—7,94 pCt. in leichten, 22,48—29,17 pCt. in schweren und 44,08 bis 54,29 pCt. in sehr schweren Fällen.

P. HELLAT.

95) **Walker Downie. Beobachtungen über den Gebrauch des Serums in der Behandlung der Diphtherie. (Observations in the use of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Glasgow Med. Journal. Mai 1897.*

Verf. berichtet über 8 Fälle, in denen alle Symptome zur Tracheotomie hindrängten, durch Serum aber so schnell eine Wendung zum Besseren herbeigeführt wurde, dass die Operation nicht mehr nothwendig war.

A. LOGAN TURNER. (P. Mc. BRIDE).

96) **J. A. Hofheimer. Vergiftung mit Diphtherieheilserum. (Poisoning by diphtheria antitoxin.)** *Med. Brief. März 1897.*

H. berichtet über den Fall eines 2jährigen Kindes, welches an septischer Infection — nach seiner Meinung — infolge der Seruminjection starb.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

97) **J. Lewis Smith. Resultate der 5 monatlichen Serumbehandlung der Diphtherie im New Yorker Findelhaus. (Results of five months' treatment of diph-**

theria with antitoxin at the New York foundling asylum.) *Medical News. 6. März 1897.*

Juli 1896	behandelt	10	Fälle,	gestorben	1
August	"	6	"	"	0
September	"	5	"	"	0
October	"	19	"	"	1
November	"	25	"	"	1

Das Behandlungsergebniss der früheren Jahre wird zum Vergleich aufgeführt.

	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
Gesammtzahl der Fälle:	71	67	60	123	133	94	147
Todesfälle:	36	35	23	34	34	43	18.

LEFFERTS.

98) **G. Duffield. Die Serumanwendung bei Diphtheritis. (The use of antitoxin in treatment of diphtheria.)** *Journal Am. Med. Assoc. 6. März 1897.*

Das erste Mittel, das man überhaupt anwendet, sei das Serum und zwar gebe man zu Anfang 1500—2000 Einheiten. Es ist besser zu viel, als zu wenig zu geben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **W. D. Holman. Diphtherieserum. (Antitoxin.)** *Med. Review. 6. März 1897.*

Ueberblick über die Geschichte des Serums und die Methodik seiner Anwendung; Bericht über 11 geheilte Fälle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

100) **F. L. Morse. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. April 1897.*

In längerem Artikel legt Verf. die Erfolge der Diphtheriebehandlung im Boston City Hospital vor und seit der Einführung des Serums dar. Die Statistik ergiebt eine Abnahme der Mortalität von 43,1 pCt. auf 13,3 pCt. Als die 3 Hauptpunkte der Behandlung zählt Verf. auf 1. das Serum; 2. die Reizmittel (Stimulantien); 3. die Abspülung (Irrigation).

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

101) **A. R. Guerard. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The use of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *New Albany Medical Herald. April 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

102) **Klein** (Freiberg). **Die operative Behandlung der diphtheritischen Stenose der Luftwege und ihre Erfolge.** *Arch. f. Kinderheilk. XXIII. Bd. 1.—3. H. 1897.*

Die Intubation wird sehr gerühmt zumal die Serumtherapie ihre Erfolge wesentlich günstiger gestaltet, die Tracheotomie hat an ihre Stelle zu treten, wenn durch die Intubation die Stenose nicht vollständig auf die Dauer zu beseitigen ist. Sie darf nicht ausgeführt werden bei agonalem Stadium oder in Fällen sehr hochgradiger Herzschwäche, bei septischer Diphtherie, sowie bei gleichzeitig bestehender hochgradiger pharyngealer Dyspnoe und Oedem des Larynxeinganges.

SEIFERT.



103) **Andrew Watson. Intubation und Tracheotomie bei Diphtheritis. (Intubation and tracheotomy in diphtheria.)** *Glasgow Medical Journal. April 1897.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Dyspnoe, die der Entfernung der Intubationsröhre folgen kann und die eine sorgsame Ueberwachung des Patienten nothwendig macht. In manchen Fällen ist dieselbe rein nervösen Ursprungs.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

104) **B. Woinow. Die Intubation bei der diphtheritischen Stenose des Larynx. (Intubazia pri difteritltocheskoi stenose gortani.)** *Bolnitschnaja Gazeta. 1897.*

Als Mangel der in St. Petersburg käuflichen Tuben ist die zu geringe Krümmung am Halse und der zu grosse Umfang des letzteren zu bezeichnen. Zur Vermeidung der Herzparalyse bei der Einführung intubirt W. in liegender Stellung. W. hält es für unwahrscheinlich, dass Tuben verschluckt werden. Die verschluckten wurden wahrscheinlich direct in den Oesophagus geführt. Die Ernährung ist leichter, wenn der Kopf tiefer liegt als der Körper.

Als Contraindication lässt W. nur die zu starke Mandelschwellung gelten; plötzliche Asphyxie und starke Membranbildung können nicht als solche gelten.

Die Sterblichkeit in W.'s Fällen betrug 68,5 pCt. W. plaidirt für die Verbreitung der Intubation in Russland, namentlich in der Privatpraxis.

P. HELLAT.

105) **H. Timmer** (Amsterdam). **Die Intubation bei Croup. (De intubatie bij croup.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 14. 1897.*

Diese fleissige Arbeit stützt sich auf ein Material von 195 Intubationen bei Croup (resp. Diphtherie) im Kinderkrankenhaus zu Amsterdam. Die statistischen Ergebnisse der Intubationen und Tracheotomien (sämmtlich von T. gemacht) sind in mehreren Tabellen übersichtlich dargestellt und mit denjenigen aus andern Anstalten verglichen worden. Die Nachtheile der Intubation werden von T. eingehend gewürdigt.

Die sehr lesenswerthe Arbeit schliesst mit folgen Thesen:

1. Die Statistik vermag vorläufig nicht zu entscheiden, welcher Methode, der Intubation oder der Tracheotomie, die erste Stelle gebührt.

2. Sicherlich kann die Intubation nicht gänzlich an die Stelle der Tracheotomie treten.

3. Die Intubation ist beim Larynxcroup nur dann indicirt, wenn keine gleichzeitige Tracheal-, Bronchial- oder Pulmonal-Affection nachweisbar ist. In solchen Fällen ist die Tracheotomie vorzuziehen.

4. Die Wahl der Operation (Intubation oder Tracheotomie) soll von der Geübtheit des Arztes in jeder der beiden Methoden abhängig sein.

5. Die Intubation mache man beim Pseudo-Croup.

H. BURGER.

106) **G. Guillaume. Die Intubation des Kehlkopfs bei Croup. (De l'intubation laryngée dans le croup.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Verf. vergleicht die Vorzüge und die Complicationen der Intubation und der Tracheotomie auf Grund seiner Erfahrung an 27 im Hospital von Rouen behan-

delten Fällen. 26 von diesen bekamen Serum; alle wurden intubirt, einer noch tracheotomirt, da die Intubation sich als unzureichend erwies. 23 Fälle wurden geheilt, 4 starben, davon einer während der Operation.

A. CARTAZ.

107) **Chas. Douglas. Vorschlag eines Ersatzes für die Intubation. (A proposed substitute for intubation.)** *N. Y. Med. Record. 3. April 1897.*

D. schlägt zum Ersatz der Intubation eine Methode vor, die er als Catheterisation oder Auswischen des Kehlkopfs bezeichnet. Er führt einfach einen Gummikatheter in die Glottis und bewegt ihn schnell auf und ab, um die Membran zu lockern. Der Erfolg ist fast stets eine sofortige Besserung. Früher aber ging diese bald vorüber, durch Neubildung der Membran trat nach wenigen Stunden schon neue Dyspnoe auf. Jetzt unter der Anwendung des Serums hat Verf. die Methode wieder erprobt und diesmal dauernde Resultate erzielt.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

108) **Max Thorner. Praktische Erfahrungen mit der Autoskopie. (Practical experience with autoscopy.)** *The Laryngoscope. Februar 1897.*

In etwa 15 pCt. seiner Fälle erhielt Verf. einen guten Einblick in Larynx und Trachea, doch konnte er in $^1/_3$ dieser Fälle die vordere Commissur nicht sehen. In 60 pCt. konnte er nur einen Theil des Larynx, besonders die hintere Wand und die obere Partie der Trachea deutlich sehen. Im Rest der Fälle war die autoskopische Untersuchung überhaupt unmöglich. In einem Falle hat Th. ein Knochenstück unter Anwendung dieser Methode aus dem Larynx entfernt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

109) **Stein** und **Santorph. Ueber Autoskopie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1897.*

Versuche mit einem etwas abgeänderten Spatel, die relativ befriedigend ausfielen; die auftretenden Reflexe waren meist sehr stark.

SCHECH.

110) **Walker Downie. Ueber die Methode der directen Untersuchung des Kehlkopfinnern mittelst des Kirstein'schen Autoskopspatels. (On the direct method of examining the interior of the larynx by Kirstein's autoscope.)** *Glasgow Med. Journal. März 1897.*

Nichts Neues.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

111) **Kirstein** (Berlin). **Combinirte Laryngoskopie. (Laryngoscopie combinée.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 6. Juni 1897.*

Verf. beschreibt eine Modification seines autoskopischen Verfahrens. Er führt einen kleinen Spiegel hinter die mittelst seines Spatels aufgerichtete Epiglottis; so gewinnt er ein vollkommenes Bild von der vordern Partie des Kehlkopfs.

E. J. MOURE.



112) **Koschier** (Wien). **Ueber Prolapsus sinus Morgagni.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 37. 1897.*

Histologische Befunde von 19 Fällen. Hiervon zeigten 16 genau dasselbe Bild — mit den Befunden Fränkel's übereinstimmend. Anders war der histologische Befund bei den zwei anderen Fällen von Ventrikelprolaps. In diesen handelte es sich um Retentionscysten der Schleimdrüsen, die dann den Vorfall der Schleimhaut bedingten. Schliesslich beschreibt K. das anatomische Präparat eines Ventrikelprolapses, welcher zufällig in cadavere eines an Carcinoma renis gestorbenen Individuums gefunden wurde. In diesem Falle handelte es sich um ein Myxofibrom, welches durch Zerrung den Prolaps verursachte. Thierversuche ergaben bezüglich acuten Ventrikelprolapses, dass die die acuten Laryngitiden häufig begleitenden Sinusprolapse ihre Entstehung den auf entzündlicher Basis beruhenden Oedemen verdanken.

CHIARI.

113) **Raugé. Laryngocele im Ventrikel. (Laryngocèle ventriculaire.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 6. Juni 1897.*

Verf. hat einen Fall von lufthaltigem Tumor im Kehlkopf beobachtet. Fälle dieser Art sind extrem selten; in der Literatur fand R. nur vier. Verf. bespricht die Entstehungsweise dieser Geschwülste.

E. J. MOURE.

114) **C. Benda** und **Fr. Borchert** (Berlin). **Laryngocele ventricularis als Todesursache.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 32. 1897.*

Ein 43 jähriger, tuberculös belasteter Potator, im Krankenhause am Urban mehrfach wegen Bronchitis und Delirium tremens behandelt, wird mit vorgeschrittener Lungenphthise und pleuritischem Exsudat wieder eingeliefert, verfällt wieder in Delirium und wird in die Zelle gebracht. Nach 10 Minuten findet man ihn todt auf. — Bei der Section zeigt sich in der Gegend des linken Taschenbandes ein das Vestibulum laryngis ausfüllender kugliger, lufthaltiger Tumor. Die Behandlung des Präparats mit der Benda'schen Salpetersäure - Kaliumbichromatmethode lässt erkennen, dass dieser Tumor als intralaryngealer Antheil einem grössern Hohlraum angehört, dessen extralaryngealer Antheil nach oben von der schlaffen Schleimhaut des Sinus pyriformis und dem Zungengrund begrenzt wird und sich nach aussen unter das Zungenbeinhorn erstreckt.

Die Höhle ist etwa $4^1/_2$ cm lang und 2 cm breit. Sie steht durch einen ganz feinen, für eine Borste durchgängigen Canal mit dem Sin. Morgagni in Verbindung. — Die Verff. vermuthen, dass es sich hier um eine angeborene Missbildung handelt, vielleicht ein Kiemengangsdivertikel. — Als sicher sehen sie an, dass übermässige Anfüllung mit Luft bei einer forcirten Exspiration oder beim Würgen durch Erstickung zum Tode geführt hat.

ZARNIKO.

115) **Gaudier. Ein neuer Fall von Epiglottiscyste mit pathologisch-anatomischer Untersuchung. (Un nouveau cas de kyste de l'epiglotte avec examen anatomo-pathologique.)** *Echo méd. de Nord. 26. September 1897.*

26 jähriger Mann, der wegen luetischer Erscheinungen im Rachen und Kehlkopf (Glottisödem) tracheotomirt wurde. Einen Monat danach findet man auf der

Epiglottis eine kleine cystische Geschwulst, die mit einem anscheinend eitrigen Inhalt gefüllt ist. Die Untersuchung der Cystenwand zeigt, dass dieselbe mit Pflasterepithel bedeckt ist.

A. CARTAZ.

116) **Winckler. Demonstration eines exstirpirten Lymphangioms der Epiglottis.** *Verhdl. d. IV. Vers. südd. Laryng. 1897.*

Ein 25jähr. Seemann hatte an der Epiglottis einen wallnussgrossen weichresistenten Tumor, der mit einem grösseren längeren Zipfel in den linken und mit einem kürzeren Zipfel in den rechten Sinus pyrif. hinabreichte. Dadurch wurde die Epiglottis niedergehalten und die Sprache anginös, auch bestanden Schluckbeschwerden, die nach der Operation verschwanden.

SCHECH.

117) **Ernst Winckler** (Bremen). **Ueber eine seltene Kehldeckelgeschwulst und die durch sie verursachten Störungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1897.*

25jähriger Matrose leidet seit mehreren Monaten an schnell zunehmenden Schlingbeschwerden: nur Flüssiges und das in kleinen Schlucken, konnte schliesslich genossen werden. Daneben bei geringen Anstrengungen Kurzathmigkeit, Herzklopfen. — Verf. entdeckte als Ursache der Beschwerden einen gut wallnussgrossen von der Epiglottis entspringenden Tumor von weicher Consistenz, der je einen Zapfen in jeden Sinus pyriformis vorschickte. Daneben chronischer Kehlkopfcatarrh. Ferner wurde näselnde Sprache und eigenthümlicher Sprachklang, ähnlich wie bei peritonsillärem Abscess, constatirt. — Verf. entfernte den Tumor per vias naturales in mehreren Sitzungen. Die Gesammtmasse wog ca. 30 g. Die anatomische Diagnose schwankte zwischen Lymphangiom und Fibroma angiomatosum. [Offenbar identisch mit dem im Ref. 116 beschriebenen Falle. Red.]

Bemerkenswerthe Ausführungen über die Genese der Sprachstörungen (durch mangelhafte Function der Schlundheber) bilden den Schluss der interessanten Mittheilung.

ZARNIKO.

118) **Haláx Henrik. Tracheotomie wegen Larynxfibrom.** *Gyógyászat. 29. H. 1897.*

H. vollzog die Tracheotomie bei einem 54jährigen Manne wegen suffocatorischer Erscheinungen. Einige Tage später hustete Pat. eine haselnussgrosse Geschwulst aus, welche sich als Fibrom erwies. Pat. genas.

Tracheotomie bei Croup. Bei einem 13jährigen Mädchen musste wegen Erstickungsanfällen die Tracheotomie ausgeführt werden. Dann wurde Behring'sches Serum injicirt. Pat. genas in kurzer Zeit. Die Canüle konnte nach einer Woche entfernt werden.

Fall von Nasenpolyp. H. entfernte bei einem 66jährigen Manne in fünf Sitzungen 103 Polypen mittelst der kalten Schlinge. Die Verstopfung beider Nasenlöcher bestand seit 20 Jahren. Pat. genas vollkommen.

Fibromyxom der Zunge. An der Zungenspitze des 6jährigen Kindes sass ein haselnussgrosser Tumor, welcher das deutliche Sprechen hinderte. Die Geschwulst wurde mit dem Messer entfernt und erwies sich als Fibromyxom.

v. NAVRATIL.



119) **F. Massei. Recidivirendes Kehlkopfpapillom. (Papilloma laringeo recidivante.)** *Archivii Italiani di Laringologia. Fascicolo 2. 1896.*

Es handelt sich um ein kleines Mädchen, welches an Stimmlosigkeit sowie an Larynxstenose infolge eines Papilloms litt und von Prof. Ruggi mittelst Tracheotomie operirt wurde. Schon fast genesen, begann das Kind wieder heiser und später stimmlos zu werden; es wurde in diesem Zustande Herrn Prof. Massei vorgestellt. Derselbe bemerkte unterhalb der Stimmbänder und auf den freiliegenden Rändern derselben, mehr gegen links, ziemlich starke Granulationen. Für die Behandlung zog Prof. Massei den natürlichen Weg vor. Der Erfolg war der denkbar beste, da die Stimme bis heute intact blieb. Ein Beweis also, dass die Laryngofissur nicht immer genügt, um einen Rückfall zu verhüten. Verf. schliesst mit nachstehenden Bemerkungen:

1. Der natürliche Weg ist vorzuziehen, sobald es das Alter des Patienten und seine verständnissvolle Lenksamkeit gestatten und keine Gefahr vorhanden ist, dass der Glottiskrampf den Tod verursachen könnte.
2. Im anderen Falle wäre die einfache Tracheotomie angezeigt; nur im äussersten Falle ist die Laryngofissur auszuführen, wenn die erstere Operation nicht durch die Ruhe des Organs von selbst die Zurückbildung herbeiführt.

DAMIENO.

120) **Freudweiler** (Leipzig). **Ein Fall multipler Papillome des harten Gaumens und des Kehlkopfes.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 33. 1897.*

Bei einem einjährigen Kinde trat leichte Heiserkeit auf, die allen anticatarrhalischen Mitteln trotzte und sich allmälig bis zur Aphonie steigerte. Nach einem halben Jahre trat Athemnoth hinzu. Gleichzeitig bemerkte die Mutter am Gaumen ihres Kindes zwei rothe Knötchen, die rasch wuchsen.

Die Untersuchung ergab: Am harten Gaumen beiderseits symmetrisch gestielte weiche, von Epithel überzogene Excrescenzen von Erbsen- und Bohnengrösse mit feinwarziger Oberfläche. Diese Tumoren wurden durch die Zunge an den Gaumen angepresst und daher kam ihr flächenhaftes Aussehen. Die histologische Untersuchung ergab einen ähnlichen Befund wie bei spitzen Condylomen am inneren Blatt einer phimotischen Vorhaut. Aehnliche Tumoren zwängten sich auch durch die reactionslosen Stimmbänder hindurch. Tracheotomie. Entfernung der auf der hinteren und seitlichen Trachealwand aufsitzenden Tumoren, die histologisch mit den vorerwähnten übereinstimmten.

CHIARI.

121) **Martuscelli. Amyloidtumoren des Kehlkopfes. (Tumori amiloidi della laringe.)** *Archivii Italiani di Laringologia. Fascicolo 3. 1896.*

Der Verf. schliesst mit folgenden Sätzen:

1. Die bisher angenommenen charakteristischen Symptome, d. h. deren Gesammtheit, kann vollständig fehlen, aber dieselben können auch vereinzelt vorkommen und zwar localisirt am oberen Rande eines Stimmbandes.
2. Die Integrität der Gefässe, sowie des Auskleidungs- und Drüsenepithels verträgt sich ganz wohl mit der Anwesenheit der amyloiden Substanz in einer Geschwulst.

3. Rings um die Gefässe (hauptsächlich Capillargefässe) findet stets eine bedeutende Infiltration von Leucocyten statt.
4. Das Fehlen einschlägiger Beobachtungen in allen bis heute operirten Geschwülsten lässt diese Form noch als besonders bemerkenswerth erscheinen.

DAMIENO.

122) **Bergeat. Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre. Nachtrag.** *Monatsschr. f. Ohrenh. No. 5. 1897.*

Statistische Mittheilungen, die im Original nachzulesen sind.

SCHECH.

123) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Das Kehlkopfcarcinom, seine Diagnose und Behandlung. (Strubecarcinomet dets Diagnose og Behandling.)** *Nordisk med. Archiv. No. 7. 1897.*

Die Arbeit ist bereits in den „Annal. des Mal. de l'Oreille" etc., April 1897 veröffentlicht.

Autoreferat.

124) **Bogdanow-Beresowski. Beobachtung über die Behandlung des Larynxkrebses mittelst Chelidonium majus. (Nabljudenije nad letschenijen rakow gortani tschistotelom.)** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Marineärzte zu St. Petersburg. — *Medicinskoje pribawlenije k morskomy sborniku. April 1897.*

Der Autor hat in zwei Fällen von Larynxcarcinom Schmerzlinderung, Erleichterung der Athembeschwerden und des Schluckens beobachtet.

P. HELLAT.

125) **Depage. Larynxexstirpation. (Laryngectomie.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 5. 1897.*

D. berichtet in der belgischen chir. Gesellschaft am 30. Januar 1897 über zwei Fälle, von denen der eine eine totale, der andere eine partielle Larynxexstirpation bildet.

BAYER.

126) **Depage. Kehlkopfkrebs. (Cancer du larynx.)** *La Clinique. No. 12. 1897.*

In der anatomo-pathol. Gesellschaft von Brüssel, Sitzung vom 19. März 1897 zeigt D. einen exstirpirten Larynx vor, welcher der Sitz einer tiefgreifenden Läsion war. Die Operation war Tags darauf von einer Basilarpneumonie gefolgt und fragt sich der Autor, ob die Schuld nicht der Verletzung einiger Sympathicusäste zuzuschreiben wäre?

BAYER.

127) **Depage. Kehlkopfkrebs. Schluckpneumonie. (Carcinoma du larynx; pneumonie par déglutition.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 12. 1897.*

D. berichtet in der anatomo-pathologischen Gesellschaft am 19. März 1897 über eine Larynxexstirpation wegen Krebs und Sequestrirung des Schildknorpels, gefolgt von Symptomen von Schluckpneumonie, welche aber noch zum Verschwinden gebracht werden konnten.

BAYER.

128) **Winckler. Demonstration eines wegen Carcinom exstirpirten Kehlkopfes.** *Verhdl. d. IV. Vers. südd. Laryng. 1897.*

Der die linke Larynx- und hintere Fläche der Epiglottis einnehmende Tumor gehörte einer 41 jährigen Kranken und wurde nach vorheriger Thyreotomie exstirpirt.

SCHECH.

129) **A. E. Halstead. Die Laryngectomie wegen Kehlkopfcarcinoms. Bericht über einen Fall von Totalexstirpation des Larynx. (Laryngectomy for laryngeal carcinoma, with the report of a case of complete exstirpation of the larynx.)** *Medicine. März 1897.*

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 52jährigen Mannes und bespricht dann auf Grund einer statistischen Zusammenstellung aller bisher publicirten Fälle die Resultate der Operation, sowie die Todesursachen bei den letal verlaufenen Fällen. Er berechnet den Procentsatz der Heilungen auf 10 pCt., die Mortalität in directer Folge der Operation auf etwa 30 pCt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

130) **Celos** und **Lustgarten. Kehlkopfkrebs. (Cancer du larynx.)** *Soc. anat. Paris. 7. Mai 1897.*

64 jähriger Mann, heiser seit 5 oder 6 Jahren, dyspnoisch seit 6 Monaten. Derselbe wurde von Gouguenheim wiederholt intralaryngeal operirt; von der Art der Eingriffe ist nichts bekannt. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus bestand so hochgradige Dyspnoe, dass die sofortige Tracheotomie empfohlen wird. Der Kranke verweigert dieselbe; er stirbt in der nächsten Nacht. Bei der Section findet man einen kastaniengrossen Tumor (Pflasterzellenepitheliom) auf den Stimmbändern sitzend, der die Kehlkopfhöhle fast ganz erfüllt.

A. CARTAZ.

131) **Joseph L. Beeston** (Newcastle N. S. Wales). **Ein Fall von Excision des Larynx mit Ausgang in Heilung. (A case of excision of the larynx followed by recovery.)** *The Australian Med. Gazette. 22. Juni 1897.*

Die Patientin, eine Frau von 34 Jahren, litt an einem Epitheliom des Kehlkopfes, das bereits beide Seiten desselben ergriffen hatte. Bei der Operation wurde die Trachea am zweiten Ring gespalten und in den unteren Wundwinkel eingenäht. In den Oesophagus wurde ein Magenschlauch von der Wunde aus eingelegt, in der er 6 Tage liegen blieb. Nach seiner Erfahrung aber in diesem Falle würde Verf. künftig die Rachenwunde nach unten abschliessen und das Magenrohr durch den Mund führen. Der reichliche Speichel, der auf die Wunde gelangte, verursachte erhebliche Störung. Die Pat. ist jetzt 3 Monate nach der Operation gesund.

A. J. BRADY.

132) **Edmund Schmidt** (Meissen). **Ueber Carcinom des Larynx.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. 1897.*

Bei einer 50jährigen Patientin, die über Schluckstörung klagt, findet Verf. eine Anschwellung am rechten Aryknorpel und Schwerbeweglichkeit des rechten Stimmbandes. Nachdem durch Probeexcision und anatomische Untersuchung (Dr. Schmorl), die Diagnose: Carcinom gesichert war, Thyreotomie (Dr. Stelz-

ner), wobei „sich nichts Pathologisches finden liess." Am 4. Tage Exitus. Ursache: Pneumonie. Obductionsbefund: flaches, geschwüriges Carcinom des Oesophagus über der Platte des Ringknorpels, das sich auf die Aryknorpel und das rechte Cricoarytaenoidgelenk fortgesetzt hat.

ZARNIKO.

133) **Czwiklitzer. Ueber den heutigen Stand der Resection und Exstirpation des Kehlkopfes wegen maligner Tumoren.** Aus der Breslauer Klinik von Prof. Mikulicz. — *Beitr. z. klin. Chirurgie. XVII. 1896.*

An den 13 Fällen von Resection resp. Exstirpation, die Mikulicz operirt hat, wurde 9mal die partielle, 2mal die halbseitige und 2mal die totale Exstirpation des Kehlkopfes ausgeführt; es waren 12 Männer mit Carcinom und 1 Frau mit Sarkom.

An den Folgen der Operation starb nur 1. Die 9 Fälle mit partieller Resection zeigen folgendes Resultat: 1. Tod an Pneumonie, 2. Exitus nach $3^1/_2$ Monaten an Tuberkulose, 3. Recidiv nach 10 Monaten, Exitus nach 1 Jahr, 4. Exitus nach $2^3/_4$ Jahren ohne Localrecidiv, 5. Seit $1^1/_2$ Jahren gesund, 6. Seit $2^1/_2$ Jahren gesund, 7. Seit 5 Jahren gesund, 8. Seit $8^1/_2$ Jahren gesund, 9. Vor 6 Wochen operirt, gesund.

Halbseitige Exstirpation: 1. Recidiv nach 4 Monaten, Exitus nach $5^1/_2$ Monaten, 2. Recidiv nach 4 Monaten, Exitus nach 8 Monaten.

Totalexstirpation: 1. Recidiv nach 4 Monaten, Exitus nach 6 Monaten, 2. Drüsenrecidiv nach 3 Monaten.

A. ROSENBERG.

134) **Th. Gluck** (Berlin). **Die chirurgische Behandlung der malignen Kehlkopfgeschwülste.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 43—45. 1897.*

Nach einer kurzen historischen Einleitung schildert Verf. die Fortschritte, die die Technik der Larynxexstirpation in den letzten 15 Jahren gemacht hat. Sie bestehen: 1. in der prophylactischen Resection der Trachea (Gluck und Zeller) und der Anwendung der Trendelenburg'schen Tamponcanüle; 2. in der Etagennaht der Oesophagus- und Pharynxschleimhaut (Bardenheuer-Poppert); 3. in der Pharyngo- und Oesophagoplastik nach von Hacker und Hohenegg und 4. in der sorgfältigen Tamponade des intermediären Wundraums nach Schüller und der Erkenntniss und dem Verständniss für eine minutiöse und peinlich gewissenhafte Pflege und Nachbehandlung und Ernährung und dauernde Ueberwachung der Operirten. Unter Anwendung dieser Technik ist Verf. zu wirklich staunenswerthen Erfolgen gelangt, wie aus einigen etwas detaillirter angegebenen Krankengeschichten und einer die Mittheilung beschliessenden Operationstabelle hervorgeht. Nicht ganz klar ist dem Ref. die Stellung des Verf. zur Thyreotomie geworden. Während dieser S. 961 den Werth der laryngoskopischen Frühdiagnose hervorhebt, die es in vielen Fällen ermögliche intralaryngeal oder nach einer Laryngofissur Heilung zu erzielen, erklärt er S. 987, dass „der Begriff der radicalen Operation mit einer einfachen Thyreotomie schwer zu identificiren ist" und fordert für die nicht allein anatomisch, sondern auch klinisch malignen Formen (halbseitige oder totale) Larynxexstirpation.

ZARNIKO.

135) **Graf** (Berlin). **Ueber dauernde Heilungen nach Kehlkopfexstirpation wegen Carcinom.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XXV. Bd. 2. Heft. 1897. Münchener med. Wochenschr. No. 18. 1897. Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1897.*

Die Radikaloperation bösartiger Neubildungen des Kehlkopfes wurde auf der Bergmann'schen Klinik 48mal ausgeführt, 20mal als totale Kehlkopfexstirpation, 19mal als halbseitige und ausgedehntere Knorpelresection und 9mal als Resection kleinerer Abschnitte des Kehlkopfes. Es handelte sich 4mal um Carcinom, 1mal um ein malignes Enchondrom. Von den operirten Kranken mit Totalexstirpation können 2 als dauernd geheilt angesehen werden (1 im Jahre 1890, 1 im Jahre 1894 operirt). Die grosse Mehrzahl der Kranken, soweit sie nicht (5) an unmittelbaren Folgen der Operation starben, kamen nach einer Reihe von Monaten mit einem Recidiv wieder in klinische Beobachtung. Von der zweiten Gruppe von Operirten (halbseitige Exstirpation) starben von 11 vor 1891 Operirten 4, von 8 seit 1891 Operirten 1, dauernd geheilt sind 4 Kranke = 21 pCt. und zwar einer seit $11\,{}^1/_4$ Jahren, einer seit $8\,{}^1/_2$, einer seit $5\,{}^1/_2$ und einer seit $2\,{}^1/_2$ Jahren. Was die kleinen Theilresectionen des Larynx anlangt, so starben von 9 Operirten 3, als dauernd geheilt, wenigstens als recidivfrei können betrachtet werden 4 Kranke.

3 Fälle mit Tuberkulose des Kehlkopfes, bei welchen die partielle Kehlkopfexstirpation gemacht war, überstanden die Operation gut, gingen aber ${}^1/_4$ bis $1\,{}^1/_2$ Jahre nach der Operation an Lungenphthise zu Grunde. SEIFERT.

136) **B. Fränkel. Die intralaryngeale Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Arch. f. Laryngologie u. Rhinologie. VI. 2. 1897.*

F. stellt die Krankengeschichten von 9 Fällen von Kehlkopfkrebs zusammen, die er mittelst endolaryngealer Eingriffe behandelt hat. Von diesen wurden 5 geheilt und zwar einer erst, nachdem mehrere Recidive endolaryngeal und ein Drüsenpaket durch äusseren Eingriff entfernt waren. 2 Fälle mussten später vermittelst Laryngofissur operirt werden; davon starb einer nach 2 Jahren an Apoplexie mit gesundem Kehlkopf, einer an Drüsenrecidiv. 1 Patient starb an Kehlkopfkrebs nach der Tracheotomie ohne andere äussere Operation 4 Jahre nach dem ersten intralaryngealen Eingriff. Von 1 Fall endlich konnte der spätere Verlauf nicht ermittelt werden. Danach hält F. die Resultate der intralaryngealen Operation für ausserordentlich günstig. Die Auswahl der Fälle ist natürlich eine beschränkte. Nur für solche Fälle ist die intralaryngeale Operation indicirt, in denen die Möglichkeit gegeben ist, durch sie alles Kranke zu entfernen und bis ins Gesunde vorzudringen. Die intralaryngeale Operation verhindert in keiner Weise einen späteren grösseren Eingriff. Stellt sich beim Operiren heraus, dass der Tumor grösser ist, als vorher angenommen wurde und dass man ihn nicht funditus zu exstirpiren vermag, so schliesst sich die Laryngofissur an. Die intralaryngeale Methode kann überhaupt nur in Frage kommen, wenn eine frühzeitige Diagnose gestellt wird. Recidive kommen ebenso wie bei jeder anderen Operationsmethode vor. Auch sie können endolaryngeal operirt werden. Die intralaryngeale Operation darf aber nie die Ursache abgeben, dass der günstige Zeitpunkt einer äusseren Operation verpasst und der Verlauf verschleppt und verschlechtert wird. F. appellirt an das Ver-

antwortlichkeitsgefühl und die Gewissenhaftigkeit der Aerzte, nur solche Fälle nach dieser Methode zu operiren, die wirklich dafür geeignet sind; für richtig ausgewählte Fälle aber ist diese Operationsart allen anderen überlegen.

F. KLEMPERER.

137) **Sir Felix Semon. Zur Frage der Radicaloperation bei bösartigen Neubildungen mit besonderer Berücksichtigung der Thyreotomie.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. VI. H. 3. 1897.*

Die Arbeit Semon's nimmt ihren Ausgang von der Hansberg'schen Veröffentlichung, über die in diesem Blatt (XII, p. 316) kurz referirt wurde. Semon stellt die Angabe H.'s richtig, dass er in der Discussion auf dem Londoner Congresse (1881) sich über die totale wie die partielle Exstirpation bei Kehlkopfkrebs abfällig ausgesprochen und nur die Tracheotomie resp. endolaryngeale Vornahmen befürwortet habe. Er wandte sich damals nicht gegen die Operation als solche, sondern bekämpfte nur ihre „unterschiedslose Empfehlung in allen Fällen von Kehlkopfkrebs" und verlangte eine schärfere und engere Umgrenzung der Indicationsstellung. Der geschichtliche Verlauf der Dinge war der, dass man zuerst die operative Seite der Frage in Angriff nahm und darüber die Diagnose der Frühstadien, die naturgemäss für eine Radicaloperation die besten Aussichten geben, vernachlässigte. In Folge dessen wurde der Thyreotomie, die zuerst zur Operation der Krebse herangezogen wurde, Unmögliches zugemuthet und diese Methode wurde discreditirt. Bruns kam 1878 in einer Zusammenstellung von 19 mittelst Thyreotomie operirten Fällen zu dem Verdammungsurtheil, dass sich die „Thyreotomie stets als vollständig unzureichend und nutzlos erwiesen" habe. Die Folge dieses Spruches war, dass die Thyreotomie die nächsten 10 Jahre fast garnicht mehr ausgeübt wurde. Die partielle und die totale Exstirpation traten in den Vordergrund. Auch ihre Resultate, die von Foulis, Schwartz, Scheier und Baratoux zusammengestellt sind, waren wenig erfreuliche, die Mortalitätsziffer, besonders der Totalexstirpation, erreichte eine Höhe, dass die Anfangs mit Enthusiasmus aufgenommene Operation bald bei Aerzten und Laien gleichmässig an Gunst verlor. Das Jahr 1888 entsprach „im Allgemeinen der tiefsten Ebbe, welche die Radicaloperationen bei bösartigen Kehlkopfneubildungen gesehen haben". Um diese Zeit aber bahnte sich ein „Umschwung an von derjenigen Seite aus, von welcher allein eine wirkliche Besserung zu erhoffen war: von der diagnostischen Seite". Semon legt die Fortschritte, die in der Diagnostik des Kehlkopfcarcinoms gemacht wurden und an denen er selbst in hervorragender Weise betheiligt ist, im Einzelnen dar. Man lernte die Diagnose frühzeitig zu stellen; man ging infolgedessen viel früher als bisher operativ vor und konnte daher auch mit einem viel geringeren Eingriff auskommen; die Thyreotomie kam wieder zu Ehren und zwar ganz besonders in England, weniger bei den Aerzten der anderen Nationen, die noch mehr an der partiellen und totalen Exstirpation festhielten. Wir gehen auf diesen Punkt und die Erklärung, die Semon dafür giebt, hier nicht weiter ein; Semon hat selbst in diesen Blättern bei Besprechung der Sendziak'schen Arbeit (XIII, Heft 4, p. 208) sich darüber geäussert.

Die nächsten Abschnitte der Semon'schen Arbeit sind der Operationstechnik gewidmet. Semon empfiehlt Einpinselung des Operationsgebietes mit

10—20 proc. Cocainlösung, die störende parenchymatöse Blutung wird dadurch vermieden. Die Tamponcanüle wird unmittelbar nach der Operation entfernt und überhaupt keine andere Canüle eingeführt. Die Tamponade des Kehlkopfes mit Jodoformgaze nach der Operation lässt Semon weg. Die äussere Wunde wird in ihrem oberen und grösseren Theil alsbald nach der Operation geschlossen; den unteren Theil derselben schliesst S. erst nach ein paar Tagen, wenn er sich überzeugt hat, dass der Patient beim Trinken von Flüssigkeiten den Kehlkopf vollständig abschliesst. In ausführlicher Weise schildert Semon dann den Gang der Operation; das Studium dieser Abschnitte ist für den Chirurgen wie für den Laryngologen in gleicher Weise unerlässlich.

Ehe Semon die bisherigen Resultate der Thyreotomie zusammenstellt, legt er die Grundsätze dar, nach denen eine statistische Zusammenstellung zu machen und zu beurtheilen ist. Er erwähnt das Wort eines Engländers, der drei Arten von Lügen unterschied: Lügen, verdammte Lügen und Statistiken. Die Frage, nach welcher Zeit in einem operirten Falle von endgültiger Heilung gesprochen werden darf, wird eingehend behandelt. Semon geht dann auf seine eigenen Resultate ein. Er hat von 1886—1896 äussere Radicaloperationen in 16 Fällen beobachtet; in den letzten 12 Fällen operirte er selbst. Die Heilungsresultate waren ausserordentlich gute; die Procentzahl stellt sich je nach dem Maassstab, der für eine definitive Heilung gefordert wird, verschieden; sie lässt sich bis auf 60 pCt. veranschlagen.

In kurzen Abschnitten werden zum Schluss die intralaryngeale Methode, die Pharyngotomia subhyoidea und die Totalexstirpation besprochen. Die erstere ist nur in einer sehr beschränkten Minorität bei einer Constellation von ungewöhnlich günstigen Umständen zulässig. Die Pharyngotomie kommt hauptsächlich bei Tumoren, die von der Epiglottis oder einer der aryepiglottischen Falten ausgehen, in Frage. Bei Besprechung der Kehlkopfexstirpation lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die ungemein traurige Art der Existenz der Kranken nach der Operation.

Semon schliesst seine inhaltsreiche Arbeit mit dem tröstlichen Satze, „dass die Aussichten des Kranken bei frühzeitiger Erkennung und frühzeitiger äusserer Operation eines inneren Kehlkopfkrebses mindestens ebenso gute, vielleicht bessere sind, als die bei bösartigen Neubildungen in irgend welchen anderen Theilen des Körpers.“

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

138) **Magnus-Levy. Untersuchungen zur Schilddrüsenfrage. Gas- und Stoffwechseluntersuchungen bei Schilddrüsenfütterung, Myxoedem, Morbus Basedowii und Fettleibigkeit.** *Zeitschr. f. klin. Med. XXXIII. 1897.*

Das Jod wirkt in seinen anorganischen Verbindungen nicht oder doch nicht in gleicher Schnelligkeit auf den Stoffwechsel wie das Thyrojodin und geht, wenn überhaupt, erst langsam und in geringen Mengen in diejenige Verbindung über, deren auffallende Eigenschaft uns Baumann gelehrt. In einem Falle von Myx-

ödem zeigte sich, dass das Thyrojodin ziemlich alle wesentlichen Wirkungen der Schilddrüsenfütterung ausgeübt hat, das Jodkali nicht. Beim Morbus Basedowii fand sich eine Steigerung des Umsatzes.

Der Eiweiss- und Fettschwund bei Schilddrüsenfütterung zeigt eine deutliche Analogie mit denselben Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit.

A. ROSENBERG.

139) **Graser. Ueber den gegenwärtigen Stand der Schilddrüsenfrage.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1897.*

Zusammenfassender Vortrag über die Ergebnisse der Forschung in dem letzten Decennium auf physiologischem, pathologischem und therapeutischem Gebiete.

SCHECH.

140) **Katzenstein. Ueber die Veränderungen in der Schilddrüse nach Exstirpation der zuführenden Nerven.** Berl. physiol. Gesellsch., Sitzung vom 12. Februar 1897.

Vergl. Arch. f. Laryngol. 1896.

A. ROSENBERG.

141) **D. J. Evans. Experimentelle Thyroidectomie. (Experimental removal of the thyroid gland.)** *Montreal Med. Journal. Januar 1897.*

E. berichtet über Versuche an einem Hunde. Zwei Wochen nach der Entfernung der einen Hälfte der Schilddrüse waren keine Erscheinungen von Cachexie vorhanden. Es wurde nun die andere Drüsenhälfte exstirpirt und der Hund mit getrockneter Schilddrüse gefüttert. Die Cachexie begann nach 2 Tagen. Die nervösen Symptome und tetanischen Krämpfe waren ausgesprochener als die Dyspnoe.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

142) **Stocquart. Schilddrüsentumor. (Tumeur de la glande thyroide.)** *La Clinique. No. 3. 1897.*

Vorzeigen eines voluminösen Cystenkropfes in der anatomo-pathologischen Gesellschaft am 8. Jan. 1897.

BAYER.

143) **L. Frank. Cystisches Carcinom der Schilddrüse. (Cystic carcinoma of the thyroid.)** *Medicine. Januar 1897.*

Krankengeschichte einer 29 jährigen, aus der Schweiz gebürtigen Frau, die seit lange einen Kropf hatte, der ihr keine Beschwerden verursachte. Im 3. Monat der Schwangerschaft begann der Kropf rasch zu wachsen, der Umfang des Halses betrug schliesslich 23 Zoll. Es kam zu Dyspnoe und sehr erheblicher Schwierigkeit im Schlucken. Die cystische Geschwulst wurde exstirpirt, recidivirte aber bald und die Patientin starb nicht ganz 2 Monate nach der ersten Operation.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

144) **B. Ghosal. Der Gebrauch verdünnter Fluorwasserstoffsäure bei cystischem Kropf. (The use of dilute hydrofluoric acid in cystic goitre.)** *Indian Lancet. 1. Februar 1897. N. Y. Med. Journal. 19. März 1897.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem die Behandlung mit Fluorwasserstoffsäure Erfolg hatte.

LEFFERTS.

145) **Dubois-Havenith. Fall von Struma bei einem Syphilitiker; Behandlung mit Schilddrüsenextract; Heilung. (Un cas de goitre chez un syphilitique; traitement par l'extrait thyroidien; guérison.)** *La Policlinique. No. 2. 1897.*

40 jähriger, vor 10 Jahren syphilitisch inficirter Patient, bei welchem sich anno 1892 ein Kropf entwickelte, der nach Behandlung mit dem constanten Strom rasch verschwand. Recidiv ein Jahr darauf, welches aller Behandlung trotzte und schliesslich nur durch die innerliche Behandlung mit Schilddrüsentabletten von Bourroughs und Welcome (bis zu 5 Stück p. d.) zur Rückbildung gebracht werden konnte. Patient steht noch in Behandlung.

BAYER.

146) **R. Fawsett. Ein Fall von Kropf, durch Behandlung mit Thyroidtabletten deutlich gebessert. (A case of goitre treated with thyroid tabloids. Marked improvement.)** *Brit. Med. Journal. 1897.*

22 jähriger Soldat; bemerkte die Anschwellung des Halses seit 10 Monaten. Nach 4 monatlicher Behandlung war der Umfang des Halses von 17 auf 14 Zoll heruntergegangen.

ADOLPH BRONNER.

147) **Abadie. Pathogenese und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Pathogénie et traitement du goitre exophthalmique.)** *Presse médical. 3. März 1897.*

148) **Jaboulay. Zur Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (A propos de la pathogénie du goitre exophthalmique.)** *Lyon méd. 14. März 1897.*

1. A. entwickelt die Theorie, die er bereits auf dem Congress für Chirurgie vorgetragen hat, dass die Basedow'sche Krankheit der Ausdruck einer permanenten Reizung der vasodilatatorischen Fasern des Halssympathicus ist. Der Exophthalmus verschwindet nach Durchschneidung des Sympathicus infolge der Verengerung der Gefässe.

2. J. glaubt nicht, dass das Verschwinden des Exophthalmus mit einer Veränderung im Gefässapparat zusammenhängt; vielmehr kommt dieses durch Lähmung des Augenmuskels zustande.

A. CARTAZ

149) **Murray. Ein Fall von Akromegalie mit Kropf und ein anderer mit Basedow'scher Krankheit. (A case of acromegaly with goitre and one with exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 19. März 1897.*

Krankengeschichten der beiden interessanten Fälle. Im zweiten bestand noch Lungentuberculose und Glycosurie.

LEFFERTS.

150) **W. Sutcliffe. Basedow'sche Krankheit beim Manne. (Exophthalmic goitre in a man.)** *Brit. Med. Journal. 27. März 1897.*

25 jähriger Mann, seit 6 Monaten krank; durch Thymus-Tabloids geheilt.

ADOLPH BRONNER.

151) **Verhoef. Thyroidectomie bei der Basedow'schen Krankheit. (Thyroidectomie pour maladie de Basedow.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 5. 1897.*

V. spricht in der belg. chir. Gesellschaft am 30. Januar 1897 von einem

Kranken, bei welchem er wegen Morbus Basedowii die Thyroidectomie vorgenommen hatte. Tod nach 5 Tagen an Symptomen ausgesprochener Tachycardie.

BAYER.

152) **Theodor Hiebel** (Wien). **Beiträge zur Thyreoidin-Therapie bei Obesitas und Struma.** Vortrag, geh. im Wien. medic. Club. — *Wiener klin. Rundschau. No. 23. 1897.*

Vortragender meint, dass die Wirkung des Thyreoidins auf die Abnahme des Körpergewichtes durch Fettschwund sichergestellt sei (während einer Woche durchschnittlich 1—$1^1/_2$ kg), die Wirkung auf den Kropf aber in suspenso gelassen werden muss.

CHIARI.

153) **Lindley. Die Versuche mit der Thyroidtherapie. (Tentative thyroid therapy.)** *N. Y. Med. Record. 13. März 1897.*

1. Beim Myxödem ist die Schilddrüsentherapie bereits aus dem Stadium des Versuches herausgetreten und darf als specifisch für diese Krankheit angesehen werden. 2. Zahlreiche zweifellose Erfolge sind bei Fettsucht erzielt worden. 3. Die Resultate bei Uterusfibromen sind ermuthigend und rechtfertigen weitere Versuche. 4. Auch bei der Syphilisbehandlung sind einige günstige Resultate berichtet worden, doch sind die Daten noch zu spärlich, um ein abschliessendes Urtheil zu fällen. 5. Bei Psoriasis und Lupus erwies sich die Thyroidtherapie als nützlich. 6. Die Berichte über den Werth der Schilddrüsenbehandlung bei Kropf sind auseinandergehende, doch soll vor einer Operation stets ein energischer Versuch gemacht werden.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

154) **Schröder** (Berlin). **Lungengangrän in Folge von Perforation des Oesophagus durch einen verschluckten Fremdkörper.** *Centralbl. f. innere Medicin. 2. 1898.*

Eine 53jährige Frau hatte einen Knochen verschluckt; 10 Tage nachher die ersten Erscheinungen von Lungenaffection, die sich im weiteren Verlaufe als gangränöser Herd im rechten Unterlappen herausstellte und zur Ausheilung gelangte. Wahrscheinlich hatte das Knochenstück die Speiseröhrenwand verletzt, es kam hier zur Gangrän, die auf das mediastinale Zellgewebe übergriff, einen circumscripten jauchigen Herd im Mediastinum verursachte, darnach eine Pleuritis und durch Adhäsionen hindurch einen kleinen gangränösen Herd im Lungengewebe.

SEIFERT.

155) **A. Jeffreys Wood** (Melbourne Victoria). **Ein Half-penny-Stück im Oesophagus eingeklemmt. (A half-penny impacted in the oesophagus.)** *Intercolonial Med, Journal of Australia. 20. April 1897.*

$2^1/_2$jähriges Kind hat ein half-penny-Stück vor 5 Monaten verschluckt. Die Symptome wiesen auf Einklemmung des Fremdkörpers im Oesophagus. Ein Röntgen-Photogramm lässt die Münze gerade hinter dem Manubrium sterni er-

kennen. Dieselbe wird mit einem Münzenfänger, der mit einem Galvanometer in Verbindung steht, noch genau localisirt und dann mit demselben Instrument herausgezogen. Der angewendete Münzenfänger hat 2 Ringe, deren jeder mit dem einen Pol einer Batterie verbunden ist; wenn dieselben die Münze berühren, schlägt das Galvanometer aus. Sobald die Sonde unter die Münze gelangt, wird der Strom unterbrochen und die Münze kann dann hinausgezogen werden.

A. T. BRADY.

156) **J. Kosinski. Oesophagotomie. (Ciecie przetyka.)** *Medycyna. No. 9, 10. 1897.*

Ein 4jähriger Knabe verschluckte einen grossen Metallknopf, derselbe wurde, nachdem er 38 Tage im Oesophagus eingeklemmt war, vom Verf. mittelst der Oesophagotomie entfernt. In der Epikrise des Falles wird bemerkt, dass 1. der Knopf trotz so lange dauernder Einklemmung keine Usur, Perforation oder Blutungen hervorgerufen hat.

2. Verf. betont, dass er bei der Diagnose der Fremdkörper im Oesophagus bei Kindern stets die Chloroformnarkose anwendet. Auch im vorliegenden Falle wurde die Diagnose auf diese Weise sicher gestellt. Der Fall bot übrigens einige Schwierigkeiten, da der Kranke flüssige Nahrung schlingen und da eine feine Oesophagussonde passiren konnte, so dass man vermuthen konnte, der Fremdkörper wäre in der Trachea eingeklemmt.

SOKOLOWSKI.

157) **Zeehuisen** (Amsterdam). **Zur Behandlung casuistischer Oesophagusstricturen.** *Centralbl. f. innere Med. 2. 1898.*

Ein Fall (Aetzung durch Lauge) wurde durch Sondirung geheilt, in zwei anderen Fällen gelang es, mit Hülfe des Kugelverfahrens die Strictur zu erweitern, so dass schliesslich, die Magensonde leicht hindurchging.

SEIFERT.

158) **Preetorius** (Antwerpen). **Narbenstenose des Oesophagus. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage.)** *La Belgique Méd. No. 1. 1897.*

Mittheilung eines Falles von narbiger Stenose des Oesophagus bei einem Jungen von 8 Jahren. P. nahm zuerst die Gastrotomie nach Witzel vor, der er die Behandlung mit lineärer Elektrolyse folgen liess; später nahm er die Oesophagotomia ext. und dann die Oesophagot. int. vor, welche, verheilt, nochmals vorgenommen werden mussten. Die ganze Reihe von Operationen endet damit, dass der Knabe ein Kautschukrohr von 13 mm während der Mahlzeit trägt. Die Details müssen im Original nachgelesen werden.

BAYER.

159) **Vandervelde. Krebsige Oesophagustumoren. (Tumeurs carcinomateuses de l'oesophage.)** *La Clinique. No. 25. 1897. Journal Méd. de Bruxelles. No. 24. 1897.*

In der Sitzung vom 11. Juni 1897 der anatomo-pathol. Gesellschaft von Brüssel präsentirt V. zwei Oesophagustumoren, wovon der eine ein Epitheliom, der andere ein Drüsenkrebs ist.

BAYER.

160) **M. Jaboulay** (Lyon). **Künstlicher Ernährungsweg bei den Krebsen der unteren Partie des Rachens und des oberen Theiles des Oesophagus. (Conduit alimentaire artificiel dans les cancers de la partie inférieure du pharynx et de la partie supérieure de l'oesophage.)** *Province Médicale. 17. April 1897.*

J. empfiehlt ein Verfahren, das denselben Stempel ingeniöser Kühnheit trägt, wie die Exothyropexie und die cervicale Durchschneidung des Sympathicus. Bei Vorhandensein eines impermeablen Hindernisses im Pharyngo-Oesophagealrohr stellt J. einen continuirlichen Weg wieder her mittelst einer Kautschukröhre, deren unteres Ende im Oesophagus unter der Enge befestigt ist, während das obere in den Rachen und bis in die Mundhöhle eindringt: also ein wahrer künstlicher Weg, ausser und neben dem verengten Theile des natürlichen.

Zu diesem palliativen Eingriff kann übrigens noch eine autoplastische Operation treten, bei der ein Oesophagus künstlich durch Haut geschaffen wird. Es genügt, zwischen beiden Eintrittsstellen der Sonde, der pharyngealen und oesophagealen eine Hauptbrücke unter der Sonde zu lassen, dann seitlich 2 Längsschnitte anzulegen und dann mittelst einer Naht die Sonde gleichsam in einen Hautumschlag einzunähen; dieser kann dan später den Collateralcanal, der Rachen und Oesophagus verbindet, ersetzen.

PAUL RAUGÉ.

161) **Narath** (Utrecht). **Beiträge zur Chirurgie des Oesophagus und des Larynx (Resectio oesophagi, Oesophagoplastik, Exstirpatio laryngis, künstlicher Kehlkopf).** *Arch. f. klin. Chirurgie. XXV. Bd. 4. Heft. 1897.*

Bei dem ersten Falle lag ein primäres Carcinom des Oesophagus vor, das auf die Trachea übergegriffen hatte. Es wurde die Resection des Oesophagus vorgenommen, die Trachea quer durchtrennt. Der erkrankte Theil der Hinterwand mit dem Thermokauter entfernt. Tod an Pneumonie.

In einem zweiten Falle exstirpirte N. bei einer 40jährigen Frau ein sehr weit vorgeschrittenes Kehlkopfcarcinom, das auf den Oesophagus übergegriffen hatte. Die vordere, rechte und linke Wand des Oesophagus wurde auf eine grössere Strecke entfernt, auch von der hinteren Wand ein queres Stück von 4 cm Länge resecirt, der Oesophagus so weit freigemacht und heraufgezogen, dass sich seine hintere Wand an die quer abgetrennte Pharynxwand annähen liess. Guter Verlauf, wenigstens für etwa 1 Jahr. Eine von N. angegebene Modification des Rotter'schen künstlichen Kehlkopfes bewährte sich in diesem und in einem weiteren von Schnitzler operirten Fall.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/97. Alfred Hölder.

Es dürfte überflüssig sein, über den Nutzen der grossen Sammelwerke, wie sie bereits fast jede Specialwissenschaft besitzt, zu discutiren. Auch wäre dieses

Centralblatt gewiss nicht die Stelle, um ausführlich darzulegen, dass die Laryngologie solchen Aufschwung und Umfang erhalten hat, dass die Entstehung eines grossen repräsentativen Handbuches zum dringenden Bedürfniss geworden ist.

Jetzt, da bereits 20 Lieferungen dieses mit Spannung erwarteten Werkes vor uns liegen, glauben wir ohne Zurückhaltung den Herausgeber zu seinem Unternehmen beglückwünschen zu können. Wir behalten uns vor, nach Erscheinen der letzten Lieferung ein zusammenfassendes Urtheil abzugeben. Schon jetzt darf, in Anbetracht des bis jetzt Erschienenen, gesagt sein, dass das grossartig angelegte Werk ohne Zweifel gerechten Anforderungen entsprechen, gehegte Hoffnungen erfüllen wird. Offenbar ist es Collegen Heymann gelungen, an sein umfangreiches Unternehmen, dessen Vollendung die Fachkreise mit regem Interesse entgegensehen, die richtigen Mitarbeiter heranzuziehen. Auch soll schon jetzt die in jeder Beziehung prachtvolle Ausstattung des Werkes seitens der Verlagshandlung dankend hervorgehoben werden.

Wir gehen sofort zu der Besprechung der vorliegenden Lieferungen über.

P. Heymann und E. Kronenberg: Geschichte der Laryngologie und Rhinologie.

Gordon Holmes, der bedeutendste Historiker unseres Faches, hebt in seinem bekannten Werke mit besonderem Nachdruck hervor, dass nicht der Kehlkopfspiegel die Laryngologie erst geschaffen hat, sondern dass im Gegentheil nur wenige wirkliche Entdeckungen der Erfindung dieses Instrumentes gefolgt sind. Während er dem Laryngoscop nur das grosse Verdienst zuerkennt, dieses wissenschaftlich ziemlich abrasirte Gebiet für die praktische Medicin eröffnet zu haben, erklären Heymann und Kronenberg umgekehrt, dass die Geschichte der Laryngologie erst mit dem Jahre 1858 anfängt. Sie gestehen zu, dass die theoretischen Gebiete, die Anatomie und die Physiologie durch den Kehlkopfspiegel verhältnissmässig wenig gefördert worden sind; die Pathologie und die Therapie aber wurden durch die Erfindung dieses Instrumentes gänzlich umgestaltet und die Laryngologie durch sie allein als selbstständige Wissenchaft geschaffen, begründet und anerkannt.

Man kann sich hiermit einverstanden erklären und dennoch behaupten, dass es logischer gewesen wäre, wenn unsere Autoren die Vorgeschichte — der sie ja 20 wohldurchstudirte Seiten widmen! — als die erste Epoche in der Geschichte der Laryngologie hätten gelten lassen. Diese erste Epoche wird von Heymann und Kronenberg zwar knapp aber in anregender Form geschildert. Sie geben auch Mittheilungen über die einschlägigen Kenntnisse der Egypter und Indier, und besprechen etwas ausführlicher das Dogma vom Zusammenhang des Gehirns mit der Nase, die Geschichte der Tracheotomie, die Lehre der „Larynxphthise“ u. s. w.

Die bedeutendsten Männer der älteren Epoche sind Schneider, welcher in der Mitte des 17. Jahrhunderts „zusammenfassend die Anatomie der Nase auf neue Bahnen leitete“ und Morgagni, an dessen Namen „sich der bedeutsamste Fortschritt in der Kenntniss der Krankheiten des Larynx und der Nase knüpft.“ Eingehend wird der Fortschritt anatomischer und physiologischer, aber auch patholo-

gischer Kenntnisse in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts geschildert, und so gelangen wir dankbar an den Punkt, wo die Geschichte der Laryngologie erst anfangen soll, an die Erfindung des Laryngoscops.

Die Bearbeitung dieser zweiten Epoche ist eine schwere Aufgabe, weil deren klassischer Theil — die Geschichte des Kehlkopfspiegels — in allen Handbüchern zu finden ist, und der zweite Theil sich grösstentheils mit lebenden Collegen zu beschäftigen hat. Diese Aufgabe haben Heymann und Kronenberg, indem sie nur sachlich Bereicherungen und Fortschritte zu erwähnen sich bemühten, mit Geschick und Objectivität gelöst. Entgegen der erstaunlichen Negirung, welche Türck bei Gordon Holmes erfährt, sind sie den grossen Verdiensten dieses Forschers völlig gerecht gewesen, indem sie ihn, als Erfinder der Laryngoscopie, neben Garcia und Czermak nennen, ihm aber unter den Schöpfern der laryngoscopischen Pathologie und Therapie die erste Stelle einräumen.

Von der Türck-Czermak'schen Prioritätsfrage bis an die Kirstein'sche Spateluntersuchung des Larynx wird die Ausbildung der Untersuchungsmethodik in angenehmster Weise beschrieben. Die Anatomie des Halses hat in dieser Epoche nur verhältnissmässig geringe Fortschritte zu verzeichnen; dagegen ist die Anatomie der Nase (sowie ihre Pathologie) durch Zuckerkandl in ungeheurem Maasse gefördert worden.

In der Physiologie hat nur ein Kapitel einen wirklich neuen Aufschwung erhalten: dasjenige der centralen Kehlkopfinnervation.

Weitaus den grössten Gewinn der neuen Entdeckung hat selbstredend die Pathologie und Therapie davongetragen. Dieser Abschnitt sei Jedem, der sich für unser Fach interessirt, als erquickende Lectüre empfohlen. Als das weitaus wichtigste Ereigniss der Epoche, welches eine Trennung derselben in zwei Perioden rechtfertigen könnte, wird die Einführung des Cocaïn in unsern Arzneischatz hervorgehoben.

Das ganze Capitel schliesst mit einer Aufzählung der laryngo-rhinologischen Zeitschriften, sowie der zusammenfassenden Werke[1]) in den verschiedenen Ländern.

E. Zuckerkandl: Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Wer in einem hauptsächlich für Sachkundige bestimmten Handbuch die ausführliche Beschreibung der groben Anatomie als etwas Ueberflüssiges betrachten sollte, der wird sich nach der Lectüre dieses Kapitels wohl zu einer andern Ansicht bekehrt finden. In seinem bekannten ruhigen, objectiven und klaren Stil giebt Zuckerkandl Altbekanntem einen neuen Reiz, und wenn auch wirklich neue Entdeckungen auf diesem Felde kaum zu erwarten waren, so wird doch Mancher durch diese Schilderung auf gewissen Punkten eine bessere Einsicht gewinnen und frühere Auffassungen zu modificiren sich genöthigt fühlen.

1) Unter den Atlanten vermissen wir denjenigen von Bruns, welcher noch älter als der Türck'sche ist (1865), sowie den kleinen aber eleganten Atlas von Mandl.



Der Reihe nach beschreibt Z. die Knorpel, die „Verbindungen des Kehlkopfes“, welche theils bändriger, theils muskulöser Natur sind. Der Wirkung der Gelenke und dem Mechanismus des Kehldeckels ist je ein eigener Abschnitt gewidmet. Es folgt dann das „Kehlkopfrohr“ [1]) mit der Beschreibung der Schleimhaut, die „Kehlkopfräume“, die Valleculae und Recessus pyriformes, die äusseren Regionen des Kehlkopfes, die Gefässe und Nerven, die Anatomie der Luftröhre und schliesslich die Entwicklung des Kehlkopfes und der Trachea.

Zu einem eigentlichen Referat ist diese Schilderung nicht geeignet. Nur Einiges sei herausgegriffen.

Die Santorini'schen und Wrisberg'schen Knorpel bezeichnet Z., gemäss den Wünschen der anatomischen Gesellschaft resp. als Cartilago corniculata und cuneiformis. Dies geht ihm aber nicht von Herzen, denn im Text gebraucht er immer wieder die alten bekannten Termini. Die Membrana thyreoidea besteht nach Z.'s Untersuchungen aus zwei, ein Fettpolster zwischen sich fassenden, Blättern, deren hinteres in die Membrana hyoepiglottica übergeht. Für die genannte Membran schlägt Z. den Namen Membrana hyothyreoepiglottica vor. Interessant ist die Beschreibung des gewöhnlich als Kehlkopfmuskel kaum erwähnten Stylopharyngeus (Stylolaryngopharyngeus), welcher bei voller Ausbildung zu allen Hauptknorpeln des Larynx Fleischbündel entsendet.

In der Frage: Was nennen wir wahres Stimmband? betrachtet Z., ebenso wie Heymann im nächsten Kapitel, nur die Auffassung als richtig, welche unter den Begriff Stimmband jene breite Schleimhautfalte subsumirt, in deren Innern der M. vocalis steckt und deren Kante zu der bandartigen „Stimmsaite“ verdickt ist. Die Frage, ob der Ueberzug des Stimmbandes drüsenhaltig sei, ist hiermit zu gleicher Zeit gelöst: Die „Stimmsaite“ besitzt keine Drüsen; dem Stimmbande kann Drüsenhaltigkeit keineswegs abgesprochen werden.

Die Mm. crico-ar. lateralis, thyreo-ar. ext. und int. beschreibt Z., wie Cruveilhier u. A., als die nur künstlich — denn nicht durch bindegewebige Septa — von einander getrennten Theile eines Muskels, das M. crico-thyreo-arytaenoideus. Der eigentlichen Muskulatur des Kehldeckels schreibt er, weder für den Larynxverschluss noch für die Phonation, eine principielle Bedeutung zu.

Eines N. laryngeus medius wird — ausser im Literaturverzeichniss — mit keinem Worte Erwähnung gethan.

Die gewöhnliche Angabe, dass die Weite der Luftröhre von deren oberem gegen das untere Ende allmälig zunimmt, bedarf einer Revision; denn in vier von Z. untersuchten Fällen fand er ein solches Verhalten nur zweimal; in den andern aber das Gegentheil.

Der Abschnitt über die Entwicklung des Kehlkopfes und der Luftröhre ist kurz und belehrend, indem er zeigt, wie gering und lückenhaft unser Wissen auf diesem Felde bis jetzt noch ist. Von besonderer Bedeutung ist der von Z. geführte Nachweis, dass auch beim Menschen ursprünglich Schildknorpel und Zungenbein

1) Dieser Abschnitt, dem sich logischer Weise die Beschreibung der Kehlkopfräume anschliessen sollte, ist wohl unabsichtlich zwischen die beiden Muskelparagraphen gerathen.



zusammengehören, dass nämlich in einer frühen Periode die hintere Partie des Schildknorpels mit dem grossen Zungenbeinkerne ein Continuum bildet. Später findet die Trennung statt, wie später überhaupt das Zungenbein weiter vom Kehlkopf abgeschoben lagert. Aus dieser entwicklungsgeschichtlichen Thatsache erklärt sich das wechselnde Bild, welches die Verbindung zwischen Zungenbein und Schildknorpel darbieten kann, namentlich die beschriebenen Fälle von gelenkiger Verbindung zwischen Hyoia und Thyreoidea. Zur Frage, ob der Schildknorpel bilateral entsteht oder nicht, theilt Z. mit, gesehen zu haben, dass beim Kaninchen, noch ehe Knorpel auftritt, die beiden Hälften des Thyroids vorne in der Mitte ohne jegliche Grenzmarke in einander übergehen.

Zum Schlusse seien die vortrefflichen Abbildungen, welche die Arbeit Z.'s illustriren, dankend hervorgehoben.

P. Heymann. Die Histologie der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Die Bearbeitung der Histologie hat Heymann mit gutem Rechte selbst übernommen. Seine durch eine kleine, aber sehr gelungene Auswahl von Bildern verdeutlichte Beschreibung bietet deshalb eine so angenehme Lektüre, weil sie, bei vollständiger Beherrschung (und Benutzung) der Literatur, durchaus auf eigener Untersuchung und Beobachtung fusst. Bei jedem controversiellen Punkte vernehmen wir die persönliche Ansicht des Verf. Die vielfach als Geschmacksknospen gedeuteten, besonders am Kehlkopfeingang sich befindenden Gebilde, glaubt H. mit Rabl und Kanthack nicht für Geschmacksorgane halten zu dürfen. Für die Vertheilung der beiden Epithelarten im Kehlkopf reproducirt H. das bekannte Rheiner'sche Schema, nach welchem Pflasterepithel regelmässig nur am Rande des Kehlkopfeinganges, an der hintern Wand und auf den Stimmbändern vorkommt. Ausserdem kommen Pflasterepithelinseln zwischen dem Flimmerepithel zerstreut an verschiedenen Stellen zur Beobachtung. H. rechnet diese Inseln, wenn sie auch gelegentlich in physiologisch erscheinenden Kehlköpfen und Luftröhren vorkommen, immer als etwas nicht zum normalen Bilde gehöriges, und führt an verschiedenen Stellen Motive für diese Auffassung an. Was die bekannten Stimmbandleisten betrifft, so hat H. sie in mehr als 70 menschlichen Kehlköpfen nie gänzlich vermisst.

Einen interessanten Beitrag bringt uns H. zu der Frage, ob der adenoide Bau der subepithelialen Schleimhautschicht mit ihren oft zahlreichen Leukocythen und ihren Follikeln vollständig normalen Verhältnissen entspricht, oder ob Schädigungen vielfacher Art hier eine Rolle mitspielen. Er hat eine Reihe von Thierkehlköpfen untersucht, namentlich von frisch geschossenen Füchsen, die im Walde den schädlichen Einflüssen der Cultur nicht ausgesetzt gewesen; fand aber auch hier den adenoiden Bau der Membrana propria und Leukocyten oft in recht erheblicher Menge.

Ueber die Nervenendigungen in der Schleimhaut sind unsre Kenntnisse noch ziemlich mangelhaft. Simanowski, Fessler und Retzius geben detaillirte Beschreibungen. H. dagegen hat, ebenso wie andere Autoren, nur das Vorkommen

von feinen Nervenfädchen zwischen den tieferen Lagen des Epithels nachweisen können.

Mit der Histologie der Schleimhaut ist selbstverständlich die Histologie des Kehlkopfes nicht erschöpft. Zuckerkandl hat sich bei der Anatomie mit der verschiedenen Beschaffenheit der Kehlkopfknorpel beschäftigt. Ganz besonders möchte Ref. das Studium der Larynxmuskeln den Histologen ans Herz legen. Die jüngsten Grabower'schen Untersuchungen[1]) haben eine hoffnungsvolle Perspective eröffnet; und wird vielleicht die Erklärung des merkwürdigen und räthselhaften „Semon'schen Gesetzes" in dieser Richtung zu suchen sein.

Amsterdam, Februar 1898. H. Burger.

---

b) Karl Störk. Die Erkrankungen der Nase, des Kehlkopfes und der Luftröhre. II. Band. Wien 1897. Alfred Hölder. (Nothnagel's Specielle Pathologie u. Therapie. XIII. Bd. II. Theil. I. Abtheilung.)

Während in dem ersten im Jahre 1895 erschienen Theil des Werkes die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums abgehandelt wurden und der Verfasser das Gebiet des Rachens und des Kehlkopfes nur zum Theil zu betreten Gelegenheit fand, werden in dem zweiten Bande die Krankheiten der letzterwähnten Organe, sowie die der Luftröhre besprochen. Die Ansicht, die wir unlängst in diesem Blatte (Jahrg. XII. No. 4) über den ersten Theil des Werkes ausgesprochen haben, können wir auch jetzt über den zweiten Band desselben wiederholen. Auch der letztere ist nichts weniger als die zweite Auflage der Stoerkschen „Klinik" vom Jahre 1876—80 (Mitth. aus Billroth's Chirurgie) und stellt auch kein systematisch verfasstes Handbuch dar, in welchem Alles schulmässig dargestellt wäre. Es ist vielmehr ein Werk, in welchem der Individualismus Stoerk's in voller Macht auftritt. Alles was darin enthalten ist, ist Stoerk's eigene Erfahrung, Stoerk's Auffassung oder Stoerk's Standpunkt gegenüber den modernen Anschauungen und Streitfragen. So breitet sich auch Stoerk nicht gerne über die Einzelheiten des schon allgemein Bekannten aus, bearbeitet aber mit vollem Eifer dasjenige, was ihm seit dem Erschienensein seiner „Klinik" einer neuen Besprechung zu bedürfen scheint. So findet man auch in dem Werke keine traditionell vom Lehrbuche zum Lehrbuche übergehende Angaben; man vermisst sogar Manches, was wichtig und in einem Handbuche nothwendig erscheint, wie es z. B. die Syphilis des Rachens und des Kehlkopfes ist. Dafür findet man aber werthvolle Angaben aus Stoerk's reicher vierzigjähriger Erfahrung und die Anschauungen eines der selbständigsten Forscher auf dem Gebiete der Laryngologie. Es macht den Eindruck, dass es nicht in der Natur Stoerk's liegt, das schon einmal Publicirte abermals zu wiederholen und durch Zusätze etwa zu erweitern; lieber bearbeitet er den Stoff aufs Neue, berührt das Wesentlichste und verweist

1) Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. S. 144.

bezüglich der Details auf die früheren Publicationen. Es ist nun klar, dass ein so verfasstes Werk nicht für den Anfänger, sondern für einen Fachmann seinen vollen Werth hat. Es ist auch begreiflich, dass ein so originell und von einem so individuellen Standpunkte bearbeitetes Werk Angaben enthalten kann, die den Anschauungen Anderer nicht immer entsprechen. Es mag nun der eine oder der andere Fachmann die Ansicht Stoerk's in dieser oder jener Beziehung nicht theilen, jeder wird jedoch dieselbe berücksichtigen und mit ihr rechnen müssen und jeder wird beim Lesen des Werkes aus dem reichen Erfahrungsschatze des ältesten lebenden Laryngologen wesentlichen Nutzen ziehen. Es mag auch die eigenthümliche Darstellungsweise Stoerk's vielleicht nicht einem Jeden conveniren: Stoerk pflegt nämlich häufig statt einer detaillirten Besprechung der Einzelheiten der zu beschreibenden Krankheit, letztere durch Schilderung eines typischen Bildes zu versinnlichen. Mir gefällt diese Art der Darstellung sehr, indem ich beim Lesen entsprechender Capitel öfters den Eindruck bekam, als ob ich den Kranken vor meinen Augen hätte.

Der Inhalt des Werkes stellt sich im Wesentlichen folgendermassen dar: Nach einer kurzen Einleitung, in der der Begriff und die Grenzen des Rachens präcisirt werden, werden die Anämie, Hyperämie, die Blutungen, das Oedem und die catarrhalische Entzündung des Rachens besprochen. Dann folgt die Pharyngitis fibrinosa, die von der Rachendiphtherie abgesondert und mit Influenza in Zusammenhang gebracht wird, worauf die Affectionen des Rachens bei allgemeinen Infectionskrankheiten erwähnt werden. Besondere Beachtung verdient das jetzt folgende kurze Capitel über die Veränderungen der Rachenschleimhaut bei Lyssa. Die „intensive" tiefe Röthe, wie sie bei gar keiner anderen Krankheit auftritt", macht „die heftigen Erscheinungen bei der Wasserscheu" erklärlich. Weiter wird die Angina catarrhalis, der peritonsilläre Abscess und dann die Abscedirung der Tonsille selbst besprochen. Bei der letzteren hat Stoerk mehrmals unmittelbar nach der Tonsillotomie den Schmerz aufhören sehen. Nach den Abscessen wird das Oedem der Uvula als deren Begleiterscheinung besprochen. Die nächstfolgenden Capitel handeln über die Hypertrophie der Tonsillen, die Tonsillarpfröpfe und die Tonsillotomie ab. Eine tabellarische Uebersicht aus der Stoerk'schen Klinik ist beigelegt worden (in 3 Jahren bei 750 Kranken meist beiderseitige Tonsillotomie). Die jetzt folgende Angina follicularis hält Stoerk für eine infectiöse Erkrankung, in vielen Fällen für das Anfangsstadium einer echten Diphtherie und empfiehlt das Abschaben der Auflagerungen mit in 1 prom. Sublimat- oder in 2 proc. Cresollösung getauchten Schwammstückchen. Tabellen der Fälle von Angina catarrhalis, lacunaris und phlegmonosa mit Angabe des Alters der Patienten nach Monaten für beide Geschlechter zusammengestellt und die Auszüge aus den Witterungsberichten Wiens für die Jahre 1894, 95 und 96 vervollständigen dieses Capitel. Zuletzt finden wir die „Seborrhoe der Follikel am Zungengrunde und in den Tonsillen", die auf Mycose zurückgeführt wird und mit Cresol local zu behandeln ist. Damit werden die Rachenkrankheiten abgeschlossen; die noch fehlenden Capitel sind zum Theil in dem ersten Bande neben den Nasenkrankheiten berücksichtigt worden.

Die Krankheiten des Kehlkopfes leitet Stoerk mit Schilderung der verschie-

denen Färbung ein, die einzelne Kehlkopfgebilde im normalen und krankhaften Zustande besitzen können und bespricht darnach die Anämie, Hyperämie und Hämorrhagie des Kehlkopfes. Dann folgt der acute Kehlkopfkatarrh, der bezüglich der Aetiologie, der histologischen Vorgänge und des Spiegelbildes gründlich besprochen wird. Stoerk nimmt auch catarrhalische Geschwüre an, die aus Erosionen entstehen, meist zunächst an den Stimmfortsätzen zum Vorschein kommen und sich längs der ganzen Ränder der Stimmbänder verbreiten können. Beim Pseudocroup findet Stoerk die Schleimhaut unter der Glottis geschwollen; diesen Befund kann auch Referent auf Grund eigener Erfahrung vollends bestätigen. Die auch von Stoerk erwähnte Beeinträchtigung der Auswärtsbewegungen der Aryknorpel wurde vom Referenten nur ausnahmsweise beim Pseudocroup, häufiger dagegen beim echten Croup gefunden. Hervorheben muss ich, dass Stoerk der erste war, der den Pseudocroup als eine acute subglottische Schwellung aufgefasst hatte, indem er das nämliche Spiegelbild schon im Jahre 1876 („Klinik“ I. Theil) beschrieb. Zu erwähnen ist noch ein Fall, wo Stoerk in kleinen, grauen, nach heftiger Laryngitis zurückgebliebenen Fleckchen reichliche Leptothrixfäden fand. Eine tabellarische Uebersicht von nach Geschlecht, Alter und Jahreszeit (Monaten) zusammengestellten Fällen aus den letzten fünf Jahren schliesst den acuten Kehlkopfcatarrh. Sehr interessant sind die folgenden Capitel: „Das idiopathische Larynxödem“ befällt vorwiegend die eine aryepiglottische Falte; bei sehr seltenem beiderseitigem Auftreten des Oedems kann bei höheren Graden desselben die Gefahr der Erstickung eintreten. Die „Epiglottitis“, die durch zwölf Krankengeschichten illustrirt wird, stört besonders den Schlingact und kann somit sogar zur Entstehung der Schluckpneumonie Anlass geben. Das primäre „Kehlkopferysipel“ stellt Stoerk entschieden in Abrede, die secundäre Erkrankung des Kehlkopfes bei Gesichtsrothlauf ist aus den beigelegten Tabellen, aus den Sectionsprotocollen des Wiener pathologisch-anatomischen Institutes der Jahre 1880—1895 ersichtlich. „Die phlegmonösen Entzündungen des Rachens und des Kehlkopfes“ beziehen sich auf die Abscedirungen an der Zungenwurzel zwischen der Membrana hyoepiglottica und hyothyreoidea, sowie im Sinus pyriformis. „Descendirende Phlegmone des Pharynx und Larynx“ mit tiefer Halseiterung und „die perniciöse Laryngitis und Tracheitis septicaemica“, die eine diffuse phlegmonöse Entzündung darstellt, schliessen die acuten Entzündungen des Kehlkopfes.

Nun wird der chronische Kehlkopfcatarrh, zunächst nur im Larynxvorhofe, dann die Luxation des Aryknorpels, die Stoerk nicht auf vorausgegangene Perichondritis zurückführt und weiter die Actinomycose besprochen: Die zu einem gleichmässigen rundlichen Tumor confluirende Infiltration des Aryknorpels und der ary- und pharyngoepiglottischen Falte wird als charakteristisch für die letzterwähnte Erkrankung hervorgehoben. Nach dieser Unterbrechung kehrt Stoerk zum Catarrh wieder zurück. Es wird zunächst die Bedeutung und nachher der Prolaps der Morgagni'schen Taschen, dann die Affection der äusseren am Eingange zu den Taschen befindlichen Theile der Stimmbänder beschrieben. Nun folgen die Erkrankungen der hinteren Larynxwand, als Schleimhautriss, Erosionen, Schwielenbildung und Pseudoposticuslähmung. Nach meiner Ansicht sollte hier

noch erwähnt werden, dass diese Pseudoposticuslähmung öfters auch nach ausgebreiteter Perichondritis zurückbleibt, was gerade nach abgelaufenem Typhus der Fall sein kann. Weiter werden die Geschwüre der Stimmbänder, die Relaxation und die Atrophie derselben besprochen. Als Sequenzerscheinungen der chronischen Entzündung werden die Sängerknoten, die Schleimpolypen und die Pachydermie beschrieben. Dann folgt die Laryngitis hypertrophica subglottica, die abgesehen vom Sclerom, meist auf Tuberculose, mitunter auf Lues, zurückgeführt wird, die aber auch bei Leukämie und Pseudoleukämie auftreten kann. Ich kann nur den Skepticismus Stoerk's bezüglich der Therapie dieser Zustände nicht theilen, indem ich öfters, sowohl auf dilatativem als auch auf operativem Wege, auch beim Sclerom zu günstigen Resultaten gelangt bin. Zum Schluss wird die Therapie der chronischen Laryngitis besprochen.

In dem Capitel über die Perichondritis laryngea wird auch die idiopathische Knorpelhautentzündung entsprechend gewürdigt und den Witterungseinflüssen zugeschrieben. Stoerk unterscheidet die Perichondritis externa und interna, die von einander nicht immer schaf abzugrenzen sind. Er stellt ein typisches Bild der letzteren auf und bespricht dieselbe an dem Giessbecken-, dem Ring- und dem Schildknorpel. Die Perichondritis cricoidea soll manchmal auch der zufälligen Infraction der Ringknorpelplatte bei der Cricotomie ihr Entstehen verdanken. An die Therapie der Perichondritis werden Krankengeschichten angeschlossen. Zuletzt werden zwei interessante Fälle von Enchondromen mitgetheilt.

Unter den gutartigen Neubildungen werden zuerst die Papillome besprochen. Besonders wird auf die Proliferation der Epithelzellen hingewiesen, die nach Jahren ihr Wachsthum mitunter auch nach unten dirigiren und somit in ein Carcinom übergehen können. Es werden dann die Schleimpolypen, die Fibrome, die Cysten und die cavernösen Angiome besprochen, worauf noch ein „Lymphangioma cavernosum" aus Stoerk'scher Klinik, dann Lipome und in den Luftraum hineingewucherte Schilddrüsentumoren erwähnt werden.

Unter den bösartigen Neubildungen nimmt den ersten Platz das Carcinom ein, dessen polypoide und diffuse Form Stoerk nur für zwei Stadien der Entwickelung hält. Auf Fränkel's Erfolge gestützt verwirft er die endolaryngeale Operation der Carcinome zwar nicht, rechnet jedoch mehr auf die Laryngofissur; mit Recht hebt er aber hervor, dass die Kranken zu der rechten Zeit sich zur Laryngofissur nicht leicht entschliessen. Nach dem Carcinom wird auch das Sarcom und das Cylindrom des Larynx berücksichtigt.

In den jetzt folgenden Capiteln werden zunächst die Bewegungen des Rachens und des Kehlkopfes, dann die Nervenerkrankungen des letzteren abgehandelt. Auf Grund der Untersuchungen Exner's wird dem N. accessorius der Einfluss auf die Kehlkopfmusculatur abgesprochen und dem N. vagus selbst zuerkannt. Bezüglich des N. laryngeus superior und dessen Ramus externus werden Navratil und Schuh erwähnt; die Experimente des letzteren lassen über die Innervation des M. cricothyreoideus keinen Zweifel zu. Die normalen Bewegungen des Kehlkopfes beruhen auf coordinirter Muskelaction, die selbst die Parese der einzelnen Muskeln bis zu einem gewissen Grade auszugleichen geeignet ist. Es wird nun die Lähmung der einzelnen Muskeln und dann die halbseitige Kehlkopf-

lähmung besprochen. Die Medianstellung des gelähmten Stimmbandes wird dem M. cricothyreoideus und transversus zugeschrieben. In der „Posticus-Streitfrage" werden die Ansichten Semon's und Krause's angeführt und die Arbeiten Remak's, Wagner's, Katzenstein's und Grossmann's berücksichtigt.

Die nächstfolgenden Capitel handeln über die „Aphonia spastica" und den „Kehlkopfkrampf"; gegen den letzteren erwies Stoerk sich die Tracheotomie als nutzlos. Weiter werden die Anästhesie und Hyperästhesie, sowie der Globus hystericus besprochen. Interessant sind Stoerk's Beobachtungen, die die Abhängigkeit der Sensibilität der Halsorgane von dem Geschlechtsleben betreffen. Dann finden die Chorea laryngis, die hysterischen Erscheinungen der Kehlkopfschwindels, der nervöse Husten und der Keuchhusten und zuletzt die Mutation der Stimme die Besprechung. Ohne auf Details einzugehen, will ich nur erwähnen, dass Stoerk beim Keuchhusten jede primäre Erkrankung der Schleimhaut leugnet und den etwa vorhandenen Catarrh erst später in Folge hartnäckiger Hustenanfälle secundär entstehen lässt. Desgleichen hält er den mitunter während der Mutation auftretenden Catarrh nur für eine zufällige Complication.

Die Krankheiten der Luftröhre werden mit der Untersuchung der letzteren eingeleitet, woauf die Anämie, Hyperämie und Entzündung der Luftröhre und dann die Therapie der letzteren besprochen werden. Ein sehr interessanter Fall von herniösen Ausstülpungen an der hinteren Trachealwand wird hier angeführt. Es wird die Wichtigkeit der Tracheitis und der Erschlaffung der hinteren Wand der Trachea besonders bei den Sängern hervorgehoben. Kurz werden dann die Stenosen der Luftröhre beim Sklerom erwähnt; desgleichen die Diphtheritis und der Croup. Mit Recht hält Stoerk auch den Croup für contagiös und empfiehlt das antidiphtheritische Heilserum gegen denselben. Es folgen nun die Neubildungen und die Fremdkörper in der Luftröhre, die durch sehr interessante Fälle eigener Beobachtung illustrirt werden. In den letzten Capiteln werden die Stenosen, und zwar namentlich die Druckstenosen bei Struma, dann die Thyreoiditis und die Epidemien des acuten Kropfes und zuletzt die Therapie der Struma besprochen.

P. Pieniazek (Krakau).

---

c) **Moritz Schmidt** (Frankfurt a. M.). **Die Krankheiten der oberen Luftwege.** Zweite Auflage. Verlag von J. Springer, Berlin. 1897.

All' das Lob, das ich vor $3^1/_2$ Jahren der ersten Auflage dieses ausgezeichneten Buches zollen konnte (Centralblatt X, 538), darf ich mit gutem Gewissen der kaum drei Jahre später erschienenen, zweiten spenden. Die Vorzüge, die ich damals an dem Werke rühmte: die ausnahmsweise grosse, eigene Erfahrung des Verfassers, seine Kenntniss der Literatur, die neidlose Anerkennung der Leistungen Anderer, der weite Standpunkt, von dem er seine Aufgabe auffasst, die klare, schlichte Darstellung — sind auch der zweiten Auflage zugute gekommen. Staunenswerth ist es, wie Schmidt bei seiner ausgedehnten Praxis und seinen gerade in den letzten Jahren so zahlreichen und zeitraubenden Verpflichtungen

die Zeit hat finden können, sich in allen Gebieten mit den neueren Fortschritten nicht nur bekannt, sondern augenscheinlich auch vertraut zu machen. Die zweite Auflage liefert fast auf jeder Seite die Beweise hierfür. Bedeutendere Veränderungen haben die über die Schilddrüse und die Diphtherie handelnden Capitel erfahren, gemäss den in diesen Fragen gemachten Fortschritten.

Das Werk kann ebenso dem wissenschaftliche Belehrung suchenden Forscher, wie dem Rath und Hülfe wünschenden Praktiker wärmstens empfohlen werden.

Felix Semon.

---

d) **Marcel Lermoyez** (Paris). **Die Ursachen der Recurrensparalysen. (Les causes des paralysies récurrentielles.)** Paris. Gustave Doin, éditeur. 1897.

Bei dem letzjährigen Congresse der Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie fiel dem Verfasser die Aufgabe zu, eine Discussion über die Ursachen der Recurrensparalysen einzuleiten. Er löste diese Aufgabe in Gestalt eines Berichtes, der im Separatabdruck nicht weniger als 195 Druckseiten einnimmt. Erhellt schon aus diesem äusserlichen Umstande die Gründlichkeit, mit welcher Lermoyez der übernommenen Verpflichtung nachgekommen ist, so dokumentirt sich dieselbe von Seite zu Seite bei der Lectüre des Berichts. Derselbe stellt in der That ein klares, kritisches und gleichzeitig objectives Resumé unseres gesammten Wissens über die Aetiologie der Kehlkopflähmungen von seltener Vollständigkeit dar, dessen Lectüre jedermann, der sich für die einschlägigen Fragen interessirt, auf das Wärmste empfohlen werden kann. Ich selbst darf ihm um so unbefangener Lob spenden, als der Verfasser, wenn er auch in den meisten wichtigeren Fragen, die er bespricht, den von mir eingenommenen Standpunkt theilt, durchaus nicht überall bedingungslos auf meiner Seite steht, und in einigen der gegenwärtig am lebhaftesten diskutirten Fragen — so in derjenigen der cerebral bedingten Kehlkopflähmungen — sich mit viel grösserer Reserve ausspricht, als ich dies gethan habe. Aber selbst wo man nicht ganz übereinstimmt, fordert die sachliche Motivirung stets Achtung für die wohlüberlegten und in klarer, ruhiger Form ausgesprochenen Ansichten des Verfassers, und regt zu wiederholtem Nachdenken über die streitigen Punkte an. Auf Einzelheiten kann ich leider mit Rücksicht auf den mir zu Gebote stehenden Raum nicht eingehen, so gern ich es möchte; nur einen Punkt möchte ich wegen seiner klinischen Wichtigkeit hervorheben, und auch weil er zeigt, ein wie gewissenhafter Forscher unser Autor ist. Bei der schon erwähnten Besprechung der Frage der cortical bedingten einseitigen Kehlkopflähmungen giebt er in objectiver Form die Gründe und Meinungen derjenigen an, die für die Existenz derselben eintreten (Masini, Garel und Dor, Déjérine etc.), und derjenigen (Semon und Horsley), die dieselbe bekämpft haben. Er kommt dabei auf die Seltenheit der berichteten Fälle von corticaler einseitiger Lähmung zu sprechen, erwähnt den Versuch von Raugé, diese „anscheinende“ Seltenheit zu erklären, und giebt dann (p. 87)

folgende Schilderung seiner eigenen Erfahrungen: „J'ai le regret, de m'inscrire en faux contre cette interprétation. La rareté des paralysies laryngées d'origine corticales n'est pas apparente, comme le semblent dire Raugé et Luc; elle est réelle. Depuis cinq ans je me suis attaché à examiner systématiquement le larynx de tous les malades atteints d'hémiplégie organique, qui sont entrés dans mon service d'hôpital: un certain nombre d'entre eux étaient aphasiques ou enroués; beaucoup présentaient des troubles de motilité unilatérale du voile du palais et de la langue. Or, dans aucun cas je n'ai pu constater l'existence d'une paralysie unilatérale des cordes vocales."

Diese Thatsache, welche so völlig dem entspricht, was ich gleichzeitig über die streitige Frage im Heymann'schen Handbuch gesagt habe (Band I, pp. 694, 695), erschien mir wichtig genug, um in dieser Besprechung besonders hervorgehoben zu werden. Sie bildet aber nur ein einzelnes Beispiel für die unbestechliche Objectivität des Verfassers, dessen ganze Arbeit sich würdig seinen früheren Leistungen zur Seite stellt. Der Bericht wird für die Geschichte der Entwickelung der Lehre von den Kehlkopflähmungen dauernden Werth behalten.

Felix Semon.

---

e) Wiener Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Januar 1897.

Vorsitzender Stoerk, Schriftführer G. Scheff.

Stoerk spricht über Stomatitis epidemica (Mundseuche). Dieselbe wurde schon öfter gleichzeitig mit Epidemien von Maul- und Klauenseuche der Thiere beobachtet. Stoerk berichtet über 4 solche Fälle, welche er in jüngster Zeit gesehen. Der erste Fall betraf einen zehnjährigen Knaben, den Sohn eines Fleischhauers. Dieses Kind konnte seit einiger Zeit wegen heftiger Schwellung im Munde und starker Schmerzen daselbst nicht essen. Das Zahnfleisch war stark gewuchert und geschwollen. Stoerk hielt den Fall zuerst für eine Quecksilbervergiftung und behandelte ihn dementsprechend. In den 3 anderen Fällen konnte Stoerk die Diagnose gleich machen, weil er durch eine Notiz in der deutschen medicinischen Wochenschrift auf Maul- und Klauenseuche aufmerksam gemacht wurde. Er behandelte diesen Fall mit 2 proc. Kresollösung. Stoerk stellte diese 3 Fälle vor. Das Zahnfleisch ist bei ihnen noch immer ziemlich stark geschwollen und gelockert, die Zunge stark belegt. Bei vielen fanden sich seichte Geschwüre in der Schleimhaut des Mundes. Unter desinficirender Behandlung gehen alle Fälle einer schnellen Heilung entgegen.

Dr. Heindl sah in der letzten Zeit, nämlich im October, November und December 1896, unter 1000 Patienten 15 mit ähnlicher Stomatitis und glaubt, dass sie auch an Maulseuche litten.

Hajek demonstrirt einen haselnussgrossen, rundlich ovalen Stein, welcher

sich im linken Ductus Whartonianus einer 35 jährigen Frau seit mehr als zwei Jahren gebildet hatte. Er machte wenig Beschwerden. Man sah ihn deutlich über die Schleimhaut hervorragen. Die Entfernung geschah leicht nach Erweiterung der Ausmündungsöffnung des Speichelganges.

Ferner demonstrirte Hajek ein Fibroma pendulum, welches er aus dem Nasenrachenraum eines 18 jährigen Mädchens mittelst der kalten Schlinge entfernt hatte.

Weiter zeigte er einen aus 3 Lappen bestehenden grossen Polypen des Nasenrachenraumes, welcher vom rechten mittleren Nasengange dünn gestielt ausging. Hajek zeigt noch ein anatomisches Präparat, bei welchem sich in der vordersten Partie der mittleren Muschel eine Siebbeinzelle findet, die in den oberen Nasengang ausmündet. Klinisch ist der wichtigste Eintheilungsgrund für Siebbeinzellen der Ort ihrer Ausmündung; daher sollte man nur nach diesem Merkmale hin die Zellen benennen.

Endlich demonstrirt Hajek eine weit nach vorn ausgedehnte Siebbeinzelle, welche von der Stirnhöhle medialwärts gelagert ist und weiter nach unten in den Agger nasi und in das vordere Ende des Processus uncinatus sich fortsetzt. Dieses Präparat ist wichtig, weil es zeigt, dass eine Siebbeinzelle nahezu an der Stelle der Stirnhöhle liegen kann. Ferner, weil es zeigt, dass auch im Proc. uncin. Höhlenbildungen vorkommen können.

Chiari erwähnt, dass ähnliche Fälle schon früher beobachtet wurden.

Weil fand in einem Falle nach Resection der mittleren Muschel hintereinander 2 Oeffnungen, aus welchen er lange Zeit Eiter ausspülen konnte. Er war nie sicher, welche Oeffnung in die Stirnhöhle und welche in die Kieferhöhle führe. Hajek, Stoerk machen noch kurze Bemerkungen, dass Aehnliches schon von anderer Seite beobachtet wurde.

Hauptversammlung vom 4. Februar 1897.

Vorsitzender Stoerk, Schriftführer Ronsburger.

Ronsburger verliest den Jahresbericht und Roth erstattet den Cassabericht. Koschier demonstrirt einen Fall von Actinomykose des Halses mit bedeutenden Veränderungen am Kehlkopfe. Bei dem 18 jährigen Kranken begann Mitte September 1896 eine harte Schwellung der linken Halsseite. Dieselbe erstreckte sich, langsam wachsend, vom Unterkieferwinkel bis zur Grube über dem Schlüsselbein und bildete zuletzt ein starkes Infiltrat. Schmerzhaft war dasselbe nie. Im Kehlkopf zeigte sich die ganze linke Hälfte, besonders die aryepiglottische Falte und die Aryknorpelgegend, stark infiltrirt. Ebenso infiltrirt ist die äussere Wand des linken Sinus pyriformis. Die Diagnose konnte anfangs nicht sicher gestellt werden. Fieber und Schmerzhaftigkeit fehlten ganz. Nach drei Wochen wurden einige Stellen der Geschwulst weich. Man schnitt daselbst ein und fand eine mit Eiter gemengte, blutige Flüssigkeit, in welcher gelbliche Körnchen vorkamen. Diese Körnchen erwiesen sich als Actinomyces-Drusen. Die Schwellung im Larynx war etwas zurückgegangen. Die Behandlung bestand in

der Oeffnung des Infiltrats am Halse und Auskratzung desselben. Ausserdem wurde Jodkali innerlich verabreicht, worauf die Infiltrationen alle zurückgingen. Die Veränderungen am Larynx scheinen nur collaterales Oedem zu sein; denn die vom Aryknorpel entfernten Stückchen wiesen nichts von Actinomykose auf.

Grossmann berichtet über einen ganz ähnlichen Fall, den er 1892 beschrieben habe. Die im Kehlkopfe dieses Patienten bestehende Veränderung hielt er für eine durch den Pilz veranlasste, wenn er auch nicht im Stande war, in den ausgeschnittenen Stückchen Actinomycespilze nachzuweisen. Es blieb auch der Zustand im Kehlkopf und Rachen trotz der Besserung des Infiltrats am äusseren Halse unverändert fortbestehen, ja er verschlimmerte sich später bedeutend.

Koschier demonstrirt ein 3jähr. Kind mit einer Larynxstenose nach Diphtherie, bei welchem die allmähliche Erweiterung mittelst Drainröhren nach der Methode von Maydl durchgeführt wurde.

Chiari bemerkt hierzu, dass dieses Verfahren bereits Bruns angegeben habe.

Ebstein demonstrirt ein neues Verfahren zur Dilatation von Larynxstenosen. Dasselbe ist nur anzuwenden, wenn bereits Tracheotomie gemacht wurde. Man führt durch die Tracheotomie-Wunde einen dünnen Epiglottis-Katheter ein, über welchen man einen dünnen Kautschukschlauch von ca. 10 cm Länge zieht. Nun spannt man durch gelindes Vorziehen des Schlauches über die stumpfe Spitze des Catheters den Schlauch bedeutend in die Länge, indem man ihn auch am unteren Ende festhält. Der so armirte Catheter wird nun durch den verengerten Kehlkopf hindurchgeführt und dann das andere Ende des Schlauches losgelassen und die Bougie herausgezogen und das Drainrohr am oberen Rande der Trachealwunde abgeschnitten. Der Schlauch wird natürlich, wenn er losgelassen wird, sich auf seine frühere Dicke ausdehnen und dadurch einerseits die Stenose ausdehnen, andererseits von selbst in der stenosirten Stelle liegen bleiben. Natürlich darf das obere Ende des Schlauches nicht über den Kehlkopfeingang herausragen. Hierauf wird eine gewöhnliche Trachealcanüle eingeführt. Die erweiternde Wirkung dieses Schlauches ist eine sehr bedeutende und ist schon nach 24 Stunden sehr deutlich wahrzunehmen. Nach einem Tage wird der Schlauch entfernt. Diese Erweiterungsmethode wirkt sehr energisch und reizt den Kehlkopf gar nicht. Ein Hinabfallen des Schlauches ist während 1—2 Tagen nicht zu besorgen.

Administrative Sitzung vom 18. Februar 1897.

Vorsitzender Stoerk, Schriftführer Ronsburger.

Zum Ehrenmitglied wird vorgeschlagen und gewählt: Dr. Paul Heymann, Docent an der Universität Berlin.

Zu ordentlichen Mitgliedern werden vorgeschlagen und gewählt: Dr. C. Biehl, k. k. Oberarzt; Dr. J. Fein, k. k. Regimentsarzt; Dr. F. Hanszel, Dr. V. Hermann und Dr. C. Müller. Die sodann vorgenommene Wahl der Functionäre ergiebt folgendes Resultat: Es erscheinen gewählt: als Präsident Prof. Stoerk,

Vicepräsident Prof. O. Chiari, Secretär Dr. Ronsburger, Oeconom Docent Dr. Roth, Bibliothekar Dr. Ebstein, Schriftführer Doc. Dr. Réthi, Dr. Läufer und Dr. Weil.

Sitzung vom 14. März 1897.

Vorsitzender Stoerk, Schriftführer Läufer.

Grossmann hält einen Vortrag über experimentelle Beiträge zur Pathologie der Kehlkopf-Innervation. Da dieser Vortrag schon ausführlich in dem Archiv für Laryngologie veröffentlicht ist, so verweisen wir darauf. (1897, 6. Band, Heft 2.)

Sitzung vom 1. April 1897.

Vorsitzender Stoerk, Schriftführer Réthi.

Grossmann demonstrirt einen Versuch über Nervendurchschneidung an der Katze. Nach Durchschneidung der beiden unteren Kehlkopfnerven trat hochgradige Adduction der Stimmbänder auf. Bei jeder Einathmung wurde die Glottis geschlossen und das Thier wäre erstickt, hätte man nicht rasch die Tracheotomie ausgeführt. Weiters wurde gezeigt, dass die Stimmbänder auch in cadavere, ja selbst am aufgeschnittenen Kehlkopfe prompt adducirt werden, sobald die Luft in der Trachea durch Einsaugen verdünnt wird. Fernert demonstrirt Grossmann das Laryngometer von Exner. Endlich zeigt er an einer Moulage, dass man auch an der Leiche erkennen könne, welches der Stimmbänder in vivo gelähmt war.

Discussion über Grossmann's Vortrag.

Réthi fragt, I. wie es sich mit der Theorie Grossmann's erklären lässt, dass bei Druck auf den Nervus recurrens zuerst Medianstellung der Stimmbänder sich einstellt, welche dann später, wenn die Compression eine vollständige geworden ist, in Cadaverstellung übergeht.

II. fragt er, warum bei dieser Cadaverstellung eine Adduction der Stimmbänder nicht möglich ist, trotzdem der Musculus criceothyreoideus vollständig erhalten ist.

III. Ob nicht am Ende doch Verschiedenheiten zwischen Mensch und Hund und Katze eine Rolle spielen.

Chiari meint, dass trotz der Versuche Wagner's und der ihnen eigentlich ganz gleichkommenden Grossmann's, welche die etwas adducirende Wirkung des Musc. cricothyreoideus deutlich zeigen, durchaus nicht die Unrichtigkeit des bisher geltenden Gesetzes von Semon erwiesen sei. Grossmann behauptet, dass in den in der Literatur bezeichneten Fällen von Posticus-Paralyse immer alle Fasern des Ner. recurrens gelähmt waren, obwohl in vielen dieser Publicationen hervorgehoben wird, dass nur die Musculi cricoarytaneoidei degenerirt waren. Er selbst habe wohl nie eine peripher bedingte beiderseitige Lähmung der Postici beobachtet. Dagegen habe er schon öfter solche Läsionen centralen Ur-



sprungs gesehen. Er wollte heute einen solchen Fall vorstellen, welcher bei gut erhaltener, modulationsfähiger Stimme die Medianstellung beider Stimmbänder aufweist. In diesem Falle können nur die Musculi postici gelähmt sein, da sonst eine Bildung verschieden hoher Töne nicht leicht denkbar sei.

Grossmann sucht alle diese Einwände zu entkräften, indem er sich auf seinen Vortrag beruft und indem er namentlich die Frage aufwirft, ob überhaupt isolirte Lähmungen einzelner Kehlkopfmuskeln vorkommen. Die Möglichkeit dieses Ereignisses giebt er zu, aber behauptet noch immer, dass aus der Adductionsstellung der Stimmbänder allein auf eine isolirte Posticuslähmung nicht geschlossen werden darf.

Réthi berichtet über die Behandlung der atrophischen Rhinitis mittelst Elektrolyse. Er hat bisher 10 Fälle behandelt und in weniger vorgeschrittenen Fällen sehr gute Erfolge erzielt. Er räth, nur Ströme unter 10 M.-A. nie über 15 Minuten lang anzuwenden. Die Wirkung der Elektrolyse besteht darin, dass die Schleimhaut rother, feuchter und die Absonderung flüssiger wird. Der Geruch vermindert sich schon am nächsten Tage und verschwindet am 3. bis 4. Tage völlig. In einem Falle hat er das Verschwinden des Foetors noch nach über zwei Monaten constatirt. Das ist ein grosser Erfolg und solche Fälle nennt er geheilt. Die Elektrolyse scheint nach ihm erstens die Mikroben zu tödten und zweitens die secretorischen Nerven in günstiger Weise zu beeinflussen.

Endlich stellt Réthi einen Fall vor mit hochgradiger Atrophie und will den Kranken nach der Behandlung wieder vorstellen.

Stoerk hält die Heilung eines solchen Falles für nicht möglich. Réthi betont, dass er unter Ozaena den charakteristischen Gestank verstehe, ob die Schleimhaut hypertrophisch oder atrophisch sei. Demgemäss versteht er unter Heilung der Ozaena das Verschwinden des Foetors, womit dem Kranken vollständig gedient ist, ohne auf eine Regeneration der Schleimhaut irgendwelche Rücksicht zu nehmen.

Haindl hat 3 Fälle von atrophischer Rhinitis mit Ozaena electrolytisch behandelt und auch wirklich nach der ersten Sitzung bedeutende Besserung, d. h. Schwellung und Feuchterwerden der Schleimhaut und Verschwinden des üblen Geruches beobachtet. Doch treten nach 4—5 Tagen die alten Erscheinungen, nämlich Krustenbildung und übler Geruch, wieder auf.

Réthi hält trotzdem viel von der Electrolyse, wenn auch der Erfolg nicht immer ein so günstiger sei, wie in mehreren seiner Fälle.

Réthi stellt einen Fall von Tuberculose des Rachens vor, welcher nicht von den Mandeln ausging, sondern von der seitlichen und hinteren Rachenwand. Er glaubt, dass hier eine gründliche Auskratzung nicht mehr möglich sei. Koschier, der jetzt den Kranken auf der Klinik behandelt, ist auch derselben Ansicht.

Roth meint, dass nicht alle Fälle von Rachen - Tuberculose den gleichen Charakter haben. Die zwei Fälle, die er sah, starben alle nach kurzer Zeit.

Sitzung vom 6. Mai 1897.

Vorsitzender: Chiari, Schriftführer: Weil.

Chiari stellt den in der vorigen Sitzung erwähnten Mann vor, welcher seit 5 Jahren an beiderseitiger Lähmung der Musculi crico-arytaenoidei postici leidet. Derselbe war früher ein ausgezeichneter Gymnastiker. Seit Jahren musste er wegen Schwäche der Beine und zunehmender Athembeschwerden diesen Beruf aufgeben. Gegenwärtig leidet er an Rückenmarkschwindsucht. Patient kann in der Ruhe ziemlich gut athmen, nur wenn er tief einathmet, hört man einen deutlichen Stridor. Im Schlafe athmet er mit einem sehr lauten, inspiratorischen Geräusch. Bei Stiegensteigen oder sonstigen Anstrengungen hat er heftige Athembeschwerden. Beim ruhig Athmen sind die Ränder der Stimmbänder manchmal concav, manchmal geradlinig, liegen sehr enge aneinander und entfernen sich nur selten auf 1—2 mm. Beim Phoniren schliesst sich die Stimmritze völlig, bei der tiefen Einathmung verengert sie sich sehr bedeutend. Die Stimme ist stark und rein, nur muss der Patient beim Sprechen öfters einathmen, wobei sich immer der Stridor vernehmen lässt. Der Patient singt nun 8 aufeinander folgende musikalische Töne mit kräftiger, reiner Stimme, muss aber nach je 2 Tönen wieder einathmen. Jedenfalls zeigt diese Stimmleistung, dass die Schliesser und Spanner der Stimmbänder und namentlich der im Stimmbande selbst liegende Musc. vocalis intact sind. Es sind daher sicher bei diesem Patienten blos die Postici gelähmt. Solche ähnliche Fälle hat Chiari einige Male gesehen. Isolirte beiderseitige Posticuslähmung in Folge von peripherer Läsion der Nn. recurrentes hat der Vortragende niemals gesehen, kann also über dieses Leiden nicht aus eigener Erfahrung sprechen.

Réthi führt den Fall mit Ozaena vor, den er in der vorigen Sitzung demonstrirte. Er hat bei demselben 2 electrolytische Eingriffe vor 4 Wochen gemacht mit 2 M. A. durch 2 Minuten und später mit $3^1/_2$ M. A. durch 5 Minuten und zwar nur auf der linken Seite. Die Schleimhaut wurde darauf roth und succulent, die Secretion flüssiger und geringer und der Fötor hörte fast vollständig auf. Jedenfalls ist dieser Effect ein sehr guter. Schliesslich citirt Réthi die Angaben von Moritz Schmidt und Moure, welche recht gute Erfolge mit der Electrolyse erreicht haben.

Ebstein hat das electrolytische Verfahren an 7 Fällen von Ozaena versucht und zwar bei Fällen mit hochgradiger Atrophie, Krustenbildung und Gestank. Nur einer gab in der Beobachtungszeit von 4 Wochen nach Vornahme einer Sitzung ein befriedigendes Resultat, indem weder Krustenbildung noch Gestank wiederkehrten. Die anderen 6 Fälle, welche in gleicher Weise mit intensiven Strömen bis zu 25 M. A. behandelt wurden, gaben kein zufriedenstellendes Resultat. Schon nach kurzer Zeit, nach einigen Tagen bis 2 Wochen zeigten sich wieder Krusten und Fötor. Doch zeigte sich eine feuchtere Beschaffenheit der Rachenschleimhaut mit Erleichterung des Trockenheitsgefühles. Bedrohliche Erscheinungen kamen nicht vor. Jedenfalls bringt die Behandlung nur eine vor-

übergehende Besserung hervor, so dass man gewiss nicht von einer Heilung der Ozaena reden kann.

Hajek berichtet nichts Günstiges über die Electrolyse bei Ozaena. Anatomische Heilung ist natürlich überhaupt unmöglich. Dagegen ist es richtig, dass in einzelnen Fällen die Krusten und der Gestank verschwinden. Die Ursache davon ist die Anregung eines acuten oder subacuten Entzündungsprocesses der Schleimhaut, welcher von dem operirten Punkt weiterschreitet und dadurch die Absonderung flüssiger macht. Dasselbe erzielt man aber auch durch Aetzungen anderer Art, sodass man von einem specifischen Heilungseffect der Electrolyse auf Ozaena gewiss nicht reden kann, um so mehr da bisher nicht erwiesen ist, ob die Besserung bei Electrolyse länger anhält als bei anderen Aetzungen.

Heindl hält ebenfalls die Wirkung der Electrolyse für eine traumatische und hat meist nur vorübergehende Besserung erzielt, wenn auch der Erfolg nach der ersten Sitzung oft sehr vielversprechend war. Réthi glaubt, dass man eine Heilung dann annehmen kann, wenn nach 4 Wochen weder Krustenbildung noch Fötor wiedergekehrt sind. Ob dieser Erfolg ein dauernder ist, weiss er bei seinen Patienten nicht. Jedoch sind Beobachtungen anderer Autoren vorhanden, welche für die Dauer dieser Heilung sprechen. Er glaubt auch nicht, dass die Electrolyse blos als Entzündung erregendes Mittel die Ozaena günstig beeinflusse, sondern dass es sich hier möglicher Weise um besondere chemische Vorgänge handle. Schliesslich stellt Réthi noch einen Fall von Ozaena vor, den er vor 5 Monaten mit Electrolyse behandelt hat. Der Fötor ist seitdem fast völlig geschwunden; eine zweite, 14 Tage später vorgenommene Sitzung mit Electrolyse in der andern Nasenseite hatte keine weitere Besserung zur Folge. Doch hält diese wesentliche Besserung jetzt schon 4 Monate an.

Chiari bemerkt, dass bei dem Patienten noch immer typische Ozaena-Borken sich finden, sowie auch übler Geruch, daher man diesen Fall nicht als Beweis für die gute Wirkung der Electrolyse anführen kann.

Réthi hält trotz aller dieser Einwendungen daran fest, dass die Ozaena am günstigsten durch die Electrolyse beeinflusst wird und öfters zur Besserung, aber auch manchmal zur Heilung führt. Man müsse daher diese Methode als die jetzt wirksamste auch fernerhin anwenden.

Heindl stellt einen Fall von Tuberculosis nasi, cavi naso-pharyngei et pharyngis vor. Patientin zeigte zuerst die rechte Nasenhöhle und den Nasenrachenraum durch grauröthliche, leicht blutende Granulationsmassen ausgefüllt. Die Uvula ist himbeerartig gestaltet, der weiche Gaumen infiltrirt, mit kleinen Höckerchen und Geschwüren besetzt; in der Mitte des weichen Gaumens eine Perforation. Dieselben Granulationen breiten sich auch an der hinteren Rachenwand aus bis zur Höhe der Epiglottis. Patientin wurde theils mit dem scharfen Löffel, theils mit Lapis und Milchsäure behandelt, worauf sich ihr Zustand wesentlich besserte. Die histologische Untersuchung der entfernten Theile ergab viele Tuberkelknoten mit spärlichen Bacillen.

Heindl zeigt schliesslich kleine scharfe Löffel an gekrümmten Stielen, welche dazu dienen, leichter in die Nebenhöhlen der Nase einzudringen und dieselben erforderlichen Falles auskratzen zu können. Chiari.

---

f) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Fünfte Jahresversammlung, 23. Mai 1897, in Amsterdam.[1])

In den Vorstand wurden wiedergewählt die Herren Guye (Amsterdam), Vorsitzender, Moll (Arnheim). Kassenwart, Burger (Amsterdam), Secretär-Bibliothekar.

Der Vorsitzende bespricht die Gründung einer Bibliothek und bittet die Fachgenossen, Arbeiten auf dem speciellen Gebiete dieser Bibliothek gütigst zuwenden zu wollen. (Adresse der Bibliothek: Weteringschaus 72, Amsterdam.)

I. H. Braat (Arnheim): Demonstration eines Kranken mit seltenen Motilitätsstörungen im Kehlkopf.

Der Pat., 57 Jahre alt, hat einen nicht sehr tiefen Messerstich in die linke Halsseite bekommen und soll unmittelbar darauf die Stimme verloren haben. B. fand 5 Wochen nach dem Trauma bei dem aphonischen Patienten eine Narbe an der linken Seite des Halses und bei der Laryngoskopie zu seiner Ueberraschung eine rechtsseitige Recurrenslähmung. Bisweilen zeigte das linke Stimmband das Bild der Lateralis-Parese, bald war es normal beweglich. Später besserte sich die Aphonie und ging die Recurrensparalyse in eine Posticusparalyse über mit Fixation des Stimmbandes in der Medianlinie. Die Deutung des Falles sei sehr schwer. B. hält denselben für eine traumatische Neurose.

Discussion: die Herren Posthumus Meyjes, Burger und Pel.

II. H. J. Reintjes (Nymegen): Demonstration einer Patientin mit Kehlkopfstenose nach Typhus.

Die Pat., 20 Jahre alt, wurde am 12. Januar 1896 im Verlaufe eines Bauchtyphus wegen acuter schmerzhafter Larynxstenose tracheotomirt. Nach 10 Tagen wurde die Canüle entfernt. Mit dem Spiegel wurde dann eine Ankylose der linken Giesskanne und eine rechtsseitige weiche, rothe hypoglottische Schwellung constatirt. In den Jahren 1896 und 1897 hatte Pat. 12 Mal Anfälle heftiger Athemnoth infolge acuter Steigerung der hypoglottischen Schwellung.

Discussion: die Herren Moll, Burger, Schutter, Pel und Vortragender. Das Leiden wird als ein angioneurotisches Oedem bezeichnet und Behandlung mittelst Galvanokaustik, Intubation oder auch intern mit Antipyrin etc. vorgeschlagen.

III. P. K. Pel (Amsterdam): Ueber Kehlkopfleiden bei Krankheiten des Centralnervensystems.

P. demonstrirt:

1. eine Patientin mit hysterischer Aphonie und hysterischer Contractur des linken N. facialis mit clonischen Zuckungen in den betreffenden Muskeln;

---

1) Siehe den ausführlicheren Sitzungsbericht in der Monatsschrift f. Ohrenheilkunde oder in Moure's Revue hebdom. de lar. etc.



2. eine Patientin mit hysterischer Aphonie, hysterischer Ptosis auf der rechten Seite mit Contractur der Mm. front. und corr. supercilii und Morbus Basedowii;

3. eine Patientin mit hysterischer Aphonie und hysterischer Lichtscheu;

4. eine 30jährige Patientin mit chronischer progressiver Bulbärlähmung (Duchenne'scher Krankheit) und in Folge deren schwere Deglutitions-, Phonations- und Articulationsstörungen durch Lähmung des Gaumens, des Rachens, beider Recurrentes (links unvollständig) und beider Faciales und Atrophie von Lippen und Zunge und beginnender absteigender Duchenne-Aran'scher Atrophie der Hände mit erhöhten Sehnenreflexen;

5. eine 39jährige Patientin mit secundärer oder adscendirender Bulbärparalyse, bei der anfänglich Zeichen von amyotrophischer Lateralsklerose, später Atrophie der Zunge, Phonations- und Deglutitionsbeschwerden, Salivation und doppelseitige Faciallähmung aufgetreten waren;

6. eine Patientin, bereits vor 3 Jahren in dieser Gesellschaft demonstrirt, mit einer hysterischen Posticusparalyse.

Discussion: Herr Burger hält, ebenso wie vor 3 Jahren, die hysterische Natur der Posticusparalyse bei der 6. Patientin für unwahrscheinlich.

IV. A. A. G. Guye (Amsterdam): Demonstration eines Falles von operirter Siebbeinerkrankung.

Seit Jahren Nasenverstopfung und fötide Eiterung bei einem 24jährigen Patienten. Fistelbildung im linken inneren Augenwinkel. Operation nach Grünwald. Der Fall steht noch in Behandlung.

V. G. D. Cohen Tervaert (Haag): Demonstration eines Kranken mit intralaryngealer Luftcyste.

Bei dem 62jährigen Pat., der seit 17 Jahren heiser ist und seit langem an Kurzathmigkeit leidet, befindet sich im Kehlkopf eine von der Mitte des stark verbreiterten linken Taschenbandes angehende grosse Blase, welche den Larynxeingang fast ganz ausfüllt. Die linke Kehlkopfhälfte ist unbeweglich. Die Blase bildet sich sehr schnell bei der Phonation und verschwindet bei kräftiger Einathmung mit geschlossener Glottis sowie bei schnellem Schlucken von Wasser. T. meint, die Verbreiterung des Taschenbandes und Fixation der linken Larynxhälfte habe zuerst bestanden; dann habe bei der Phonation die Luft den Ventrikel aufgeblasen und später wie eine Hernie durch einen Spalt im Taschenband hervortreten lassen.

Discussion: die Herren Krol, Zwaardemaker, Huysman und Vortragender. Herr Krol meint, der passendste Name sei „Pneumatokele".

VI. H. Burger (Amsterdam): A. Demonstration eines Falles von geheilter Ozaena.

Der elfjährige Patient wurde mit Nasendouchen und Borsäurepulver und zu gleicher Zeit mit tüchtiger Massage (keine Vibrationen!) der Schleimhaut be-

handelt. Als Nachbehandlung Nasendampfinhalationen nach Kuttner. Heilung seit 11 Monaten.

B. Demonstration eines Falles von geheilter Larynx-Tuberculose.

Ein Zimmermädchen mit allen Zeichen von beginnender Lungentuberculose und erheblicher tuberculöser Infiltration des rechten Taschenbandes mit Ulceration und Granulationsbildung unterhalb des rechten Stimmbandes wurde mittelst Curettement und Milchsäure während 10 Monaten behandelt. Der Larynx sah nach dieser Behandlung normal aus und ist bis jetzt (also nach 15 Monaten) geheilt geblieben.

Discussion: Herr Cohen Tervaert theilt einen ähnlichen Fall aus seiner Praxis mit.

VII. F. J. Michelsen (Amsterdam): Ueber einen Fall von Enuresis nocturna.

Das Bemerkenswerthe an dem Fall ist, dass bei dem 7jährigen Patienten die Enuresis unmittelbar im Anschluss an einen subacut verlaufenden Schnupfen zum ersten Mal auftrat.

Discussion: die Herren Posthumus Meyjes, Guye, van der Heide, Pel, Brondgeest, Burger und der Vortragende.

VIII. H. Zwaardemaker: A. Demonstration von Riechmessern auf Fuss.

Z. demonstrirt ein neues Modell Riechmesser, dessen Scala sich genauer als bei der älteren Form einstellen lässt. Um den porösen Cylinder herum befindet ein permanenter Flüssigkeitsmantel, welcher aus einer Lösung von Allylbisulfid in Paraffin gebildet.

B. Ueber eine neue Methode zur Prüfung des Geschmacksinnes.

Für neurologische Untersuchung benutzt Z. schmeckende Stäbchen in Schiebfederform, welche aus Klippsalz, Weinsteinkrystall, Kandelzucker und Gentianextract gemacht sind. Für Untersuchung in unserer Specialität schliesst sich eine Prüfung ohne Localisation dieser Orientirung an. Für diesen Zweck benutzt er aus Hollundermark geschnittene und mit schmeckenden Lösungen mit Hilfe der Luftpumpe durchtränkte Keile, von welchen man Scheibchen schneidet, die man dem Patienten in den Mund giebt. Die Stelle des Scheibchens, wo zuerst eine Geschmackswahrnehmung entsteht, bestimmt das Maass der Schmeckschärfe des Patienten.

IX. W. Schutter (Groningen): Ueber einen Fall von Empyem der Stirnhöhle, operirt nach Kuhnt.

Bei einem seit Jahren an genuiner Ozaena und chronischen Mittelohrkatarrhen leidenden 59jährigen Pat. wurden chronische Nebenhöhleneiterungen diagnosticirt. Die Behandlung bestand in Auskratzung des Siebbeines, Gottstein'scher Tamponade, Eröffnung, Ausspülung und Tamponade der Keilbeinhöhlen, und später,



8. Januar 1896, Operation der rechten Stirnhöhle nach Kuhnt. Am 3. Juli 1896 wurde Pat. mit geheilter Wunde entlassen. Am 28. Juli hat sich eine Fistel an der Stirn gebildet. Auskratzung der Fistel, Chlorzink, Perubalsam. Am 30. Sept. mit geheilter Fistel entlassen, Dieselbe ist geheilt geblieben. Die subjectiven Beschwerden sind ganz bedeutend gebessert; die fötide Borkenbildung in der Nase ist geblieben. Das cosmetische Resultat ist gar nicht schön, wie S. an einem Gyps-Abdruck demonstrirt.

Discussion: Die Herren Guye, Moll, Lienen und Van Anrooy. Die Herren Guye und Moll sind in ihren Fällen mit dem cosmetischen Resultat der Kuhnt'schen Operation sehr zufrieden gewesen.

X. P. K. Pel (Amsterdam): Das Oliver'sche Symptom bei Aortenaneurysma.

P. demonstrirt das Symptom an einem Pat.

XI. A. C. H. Moll (Arnheim): Ueber nasale Reflexneurosen.

M. berichtet über zwei Fälle von Schluckbeschwerden, wofür im Halse keine Ursache zu finden war. Bei beiden wurde eine Spina septi narium mit der electrischen Säge entfernt. Zu dem einen Falle, bei einem 60jährigen Bauer, hatte die Operation einen ausgezeichneten Einfluss auf die Schluckbeschwerden; der Pat., der im letzten Jahr nur Flüssiges hatte zu sich nehmen können, konnte wieder durchaus normal essen. In dem andern Falle wurde nur eine Besserung erhalten.

Discussion: Herr Guye und der Vortr.

XII. G. D. Cohen Tervaert: Demonstration eines Fremdkörpers aus der Luftröhre.

Der Fremdkörper war ein Stück der Gaumenplatte mit einem Zähnchen eines Kunstgebisses. Derselbe wurde bei Spiegeluntersuchung mit Sonnenlicht diagnosticirt, und nach Tracheotomie auf der Bifurcation aufgefunden und entferut. Das einzige Symptom war ein anhaltender kurzer Husten.

Discussion: Die Herren Van Anrooy und Pel.

Herr Van Anrooy zeigt ein Kinderpfeifchen, welches nach fünfjährigem Aufenthalt in den unteren Luftwegen von einem Pat. ausgehustet wurde.

XIII. H. Braat: Ein Fall von multipler Hirnnervenparalyse.

Die Pat., eine 51jährige Frau, bekam unmittelbar nach einer Zahnextraction eine Lähmung der linken Nn. facialis, recurrens, glossopharyngeus, accessorius und acusticus, und Druckempfindlichkeit auf dem linken Warzenfortsatz. Sämmtliche Abweichungen heilten innerhalb zwei Monaten, mit Ausnahme der Taubheit, welche sich nur wenig besserte. B. fasst den Fall als einen Bluterguss an der Schädelbasis in der Nähe des Os petrosum auf.

Discussion: Herr Pel bemerkt, dass Blutungen an dieser Stelle selten sind. Man könne auch an eine circumscripte Meningitis denken.

XIV. F. v. Leyden (Haag): Ein Fall von geheiltem Sarcom des Nasenrachenraumes.

Ein 70jähriger Herr hatte eine grosse Geschwulst auf der rechten Seite des Nasenrachenraumes, welche sich nach unten in die Plica salpingo-pharyngea fortsetzte, den grössten Theil des Pharynxdaches einnahm und die Choanen grösstentheils verdeckte. Die Radicaloperation war contraindicirt. v. L. hat in mehreren Sitzungen den Tumor stückweise zu entfernen versucht, theils mit Conchotom und der Löffelzange, theils mittelst Electrolyse. Dazu Arsen innerlich. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. Der Tumor wurde vollständig entfernt und die Wunde heilte gut. Bereits seit 3 Monaten hat sich die Heilung bewährt. Mikroskopisch war der Tumor ein kleinzelliges Sarcom.

Die übrigen Vorträge waren otologischen Inhalts. H. Burger.

---

g) VIII. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Bergengrün (Riga) demonstrirt Bleifederzeichnungen, Aquarelle und Photogramme von leprösen Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Mundes und des Kehlkopfes.

Vortragender theilt die Erkrankungen der Schleimhäute in 4 Stadien: 1. Stadium catarrhale, 2. Stad. infiltrationis, 3. Stad. ulcerationis, 4. Stad. cicatrisationis et atrophiae. Zunächst wird die Nase ergriffen; Epistaxis selten.

In der Mundhöhle erkranken Zahnfleisch, Zunge, weicher Gaumen. Temperatursinn und Geschmack sind herabgesetzt.

Im Nasenrachenraum Beginn von der Rückenfläche des Velum.

Der Kehlkopf erkrankt relativ spät; er bietet die verschiedensten Formen dar. Zunächst wird der Kehldeckel befallen. Die Tracheotomie wurde in Riga in 7pCt. ausgeführt.

Discussion.

Petersen hält die catarrhalische Affection des Kehlkopfes bei der Lepra ebenso wenig für specifisch wie diejenige bei der Lues.

v. Bergmann glaubt nicht, dass die Lepra mit Catarrh beginnt. Es könnte sich um Vorgänge handeln, die ähnlich dem Erythem der Haut sind.

Koppel hält die Röthung und Epistaxis nicht für Prodrome, sondern für einen Ausdruck der bereits erfolgten Infection.

v. Bergmann hält die Eintheilung in verschiedene Stadien für verwirrend. Nach seiner Anschauung ist das lepröse Infiltrat als typisch zu betrachten. Aus diesen entwickeln sich Knoten, Geschwüre etc.

Bergengrün giebt zu, mehr die Anschauungen verschiedener Autoren referirt, als eigene Beobachtungen geschildert zu haben. P. Hellat.



III. Briefkasten.

Joseph O'Dwyer †.

Der Erfinder der Intubation im modernen Sinne, Dr. Joseph O'Dwyer erlag am 7. Januar 1898 einer Thrombose der Basilararterie, gefolgt von Erweichung der rechten Hälfte des Cerebellum und des Pons sowie von umschriebener Meningitis, deren erste Symptome sich etwa fünf Wochen vor seinem Tode bemerkbar gemacht hatten. Er war in Ohio im October 1841 geboren und stand daher zur Zeit seines Hinscheidens im kräftigsten Mannesalter. Seine Erfindung, von deren tiefgehendem Einfluss auf die Behandlung von Kehlkopfstenosen, namentlich von diphtheritischen, die Spalten des Centralblatts so beredtes Zeugniss ablegen, war, wie wir dem „Medical Record" entnehmen, völlig selbständig gemacht, und erst nach Veröffentlichung seiner ersten Mittheilungen erfuhr er, dass das Princip der Intubation viele Jahre, ehe er selbst auf die Idee kam, von Bouchut empfohlen, derzeit aber einem einmüthigen Verdammungsurtheil der ersten französischen Aerzte anheim gefallen war. Jetzt hat die Methode sich allerorts das Bürgerrecht erworben und sichert dem Verstorbenen ein ehrendes Andenken in den Annalen der Medicin.

Die Klinik Basanoff.

(Oto-laryngo-rhinologische Klinik der Universität Moskau.)

Frau Julie Basanoff, Wittwe eines russischen mehrfachen Millionärs, hat einen Theil ihres Vermögens auf die Stiftung und den Unterhalt eines Instituts für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten an der Universität Moskau verwendet. Sie gab nicht nur für den Ankauf eines geeigneten Grundstücks, sowie die Errichtung und innere Einrichtung des Instituts selbst eine sich auf mehrere 100000 Rubel belaufende Summe her, sondern schenkte der neubegründeten Klinik — die auf Befehl des Kaisers von Russland ihren Namen trägt — ein Kapital von 515000 Rubel, dessen Zinsen dem Voranschlag nach genügen werden, die Kosten ihrer Unterhaltung zu tragen. Der Leiter der Klinik, Prof. Stanislaus von Stein, hat es verstanden, mit den grossen, ihm zur Verfügung gestellten Mitteln ein Institut herzustellen, das nach allen wissenschaftlichen und praktischen Richtungen hin als ein Muster seiner Art bezeichnet werden darf, wie aus seiner überaus eingehenden, in opulentester Weise ausgestatteten, mit zahlreichen Abbildungen und Tafeln geschmückten Beschreibung („Description de la clinique des maladies de l'oreille du nez et de la gorge de l'université impériale de Moscou fondée par Mme. Julie Bazanova." Moscou. Imprimerie de l'université impériale 1897) hervorgeht. Wir richten auf diese Beschreibung besonders die Aufmerksamkeit derjenigen Fachgenossen, die in der glücklichen Lage sein sollten, an ihren eigenen Instituten Verbesserungen oder Neubauten vornehmen zu können.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. Berlin, April. 1898. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **Weidenfeld. Einige Bemerkungen über die Wirkung der Intercostalmuskeln.** Aus dem physiol. Institut in Wien. — *Centralbl. f. Phys. X. 9. 1896.*

Die Mm. intercostales fungiren nicht als Athemmuskeln; dieses trifft aber zu für die Mm. intercartilaginei und besonders für jene in der Anatomie noch nicht von denselben geschiedene Faserzüge, die vom Seitenrande des Sternums zum Rippenknorpel ziehen.

A. ROSENBERG.

2) **A. Loewy. Verdünnte Luft und Höhenklima in ihrem Einfluss auf den Menschen.** *Berliner phys. Ges. Sitzung vom 9. IV. 1897.*

Vergleichende Versuche ergaben, dass das Höhenklima anders, d. h. den Gaswechsel steigernd, wirkt, als die in der pneumatischen Kammer befindliche verdünnte Luft; es können also die gefundenen, den Stoffwechsel anregenden Effecte desselben nicht auf den im Hochgebirge verminderten Barometerdruck bezogen werden.

A. ROSENBERG.

3) **N. Zuntz u. Ad. Loewy. Ueber die Bedeutung des Sauerstoffmangels und der Kohlensäure für die Innervation der Athmung.** *Berliner physiol. Gesellsch. 26. III. 1897.*

Die Untersuchungen der Verff. ergaben, dass jede kleine Steigerung des CO_2-Gehalts der Athemluft die Athmung verstärkt und dass nur bei grossen Dosen die Athemgrösse infolge der Narcose wieder sinkt. Wenn die Athmung mechanisch erschwert ist, tritt die Wirkung des CO_2 viel weniger stark hervor, und es scheint unter diesen Umständen schon bei einem niedrigeren CO_2-Gehalt wieder eine Abnahme der Athemgrösse einzutreten.

Aenderungen des O-Gehaltes der Inspirationsluft zwischen 12,5 und 60 pCt. haben nur einen geringen Einfluss auf die Athemgrösse.

A. ROSENBERG.



4) **Magnus-Levy. Ueber Aufgaben und Bedeutung von Respirationsversuchen für die Pathologie des Stoffwechsels (nebst kritischen Bemerkungen zur Technik derselben).** *Zeitschr. f. klin. Med. XXXIII. 1897.*

Diese Arbeit will die Aufgaben und Fragen, die im Gebiete des Gaswechsels ihrer Lösung harren, andeuten, die Grundlagen und die Verwerthbarkeit des experimentell zu gewinnenden Zahlenmaterials kritisch erörtern und die Anforderungen und Vorsichtsmaassregeln präcisiren, die bei der heute zumeist angewandten Zuntz-Geppert'schen Methode erforderlich sind.

A. ROSENBERG.

5) **R. W. Miller. Nasen- und Mundathmung. (Nasal and mouth breathing.)** *Southern California Practitioner. Mai 1897.*

Verf. bespricht die Ursachen und die nachtheiligen Folgen der Mundathmung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

6) **C. W. Smith. Einige Bemerkungen über die Folgen behinderter Athmung. (Some remarks on the effects of obstructed respiration.)** *Cleveland Medical Gazette. Mai 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

7) **H. Koppel. Ueber die Häufigkeit und die Ursachen der chronischen Catarrhe der oberen Luftwege.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 41. 1897.*

K. schätzt den Procentsatz der Catarrhe der oberen Lufwege in Dorpat auf 25 %. In Bezug auf die Ursachen der Catarrhe giebt der Verf. im Grossen und Ganzen eine Wiederholung der Freudenthal'schen Anschauungen.

P. HELLAT.

8) **Ernst Schalck** (New York). **Beitrag zur Lehre von der Stenose der oberen Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 53. 1897.*

Verf. resumirt seine beachtenswerten Ausführungen folgendermaassen: 1. Das constante Symptom der Stenose der oberen Luftwege ist chronische Dyspnoe. 2. Dieselbe bewirkt eine Vergrösserung des negativen intrathoracischen Druckes und bildet dadurch 3. ein directes Hinderniss der Blutcirculation mit allen seinen schädlichen Folgen fürs Herz. 4. Stenose besteht nur da, wo der Athmungstypus stenotisch ist und 5. bildet der Grad der Ausgeprägtheit stenotischer Athmung den Maassstab für den Grad der Stenose.

ZARNIKO.

9) **A. Sokolowski. Ueber die pathologischen Veränderungen im oberen Abschnitte des Respirationsapparats bei einigen allgemeinen Erkrankungen des Organismus. (Zmiany chorobowe w górnym odcinku dróg oddechowych przy niektórych ogólnych cierpieniach organismu.)** *Pamiatnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. I. 93. 1897.*

In einem Vortrage, welchen Verf. in der Warschauer medicinischen Gesellschaft hielt, beschreibt er genau die Veränderungen im oberen Respirationstractus, welche von ihm bei Chlorose, Scrophulose, Diabetes und Arthritis beobachtet wurden.

Verf. betont, dass eine genaue Kenntniss von diesen Veränderungen nicht nur vom pathologischen, sondern auch vom therapeutischen und diagnostischen Standpunkte aus sich als wichtig erweist, da gewisse Merkmale im oberen Abschnitte z. B. bei Diabetes diese Krankheit in früheren Stadien zu diagnosticiren erlauben, wo noch keine typischen allgemeinen Erscheinungen bestehen. Vom therapeutischen Standpunkte aus weist Verf. auf die Nutzlosigkeit der rein localen Therapie in vielen Fällen von Erkrankung des oberen Respirationstractus hin, in denen ein Allgemeinleiden (Scrophulose, Arthritis) Berücksichtigung verlangt.

Autoreferat.

10) **Beverley Robinson. Diagnostische und therapeutische Betrachtungen mit Berücksichtigung gewisser Krankheiten der oberen Luftwege. (Diagnostic and therapeutic considerations with respect to certain diseases of the upper air tract.)** *N. Y. Med. News. 19. Juni 1897.*

Verf. hebt die Nothwendigkeit einer allgemeinen Behandlung für zahlreiche Fälle hervor, gleichgültig ob eine locale Medication stattfindet oder nicht. Er verlangt, dass stets der Allgemeinarzt den Specialisten und zwar in allen Zweigen der practischen Medicin controlire. Nicht als ob der Kliniker unweigerlich und stets den Patienten selbst behandeln soll; doch soweit soll er die Leitung haben, dass er bestimmt, bis zu welchen Grenzen die Specialbehandlung ausgedehnt werden darf. [Das dürfte doch öfters bedenkliche Folgen haben. Red.]

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **R. Kafemann. Ueber Desinfection der oberen Luftwege.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 43. 1897.*

K. empfiehlt zur Desinfection der Nasen- und Rachenhöhle ätherische Oele, namentlich Menthol, einzuathmen.

P. HELLAT.

12) **Popielski. Ueber Veränderungen der Leitungsfähigkeit und Erregbarkeit der Nerven unter dem Einflusse von Cocain.** Aus dem physiol. Laborat. der Petersburger Militär-med. Akademie. — *Centralbl. f. Physiol. X. 9. 1896.*

Je länger die mit Cocain behandelte Nervenstrecke war, desto schneller fiel die Erregbarkeit auf 0; das Fallen derselben ist gerade proportional der Länge des Nerven und der Stärke der Cocainlösung.

Nach einer $^1/_2$—1 minutenlangen Einwirkung einer 50 proc. Cocainlösung auf den N. vagus stieg der Blutdruck und die Zahl der Herzschläge wie nach Durchschneidung des Vagus.

Schliesslich zeigte auch die Cocainisirung (5 pCt.) der Chorda tympani ein Aufhören der Speichelabsonderung.

A. ROSENBERG.

13) **Gaetano Vinci** (Messina). **Ueber die anästhesirende und toxische Wirkung einiger dem Cocain nahestehender Körper.** *Berliner phys. Gesellsch. Sitzung vom 11. XII. 1896.*

Aehnlich dem Cocain wirkt Eucain und Benzoyl-methylvinyldiacetonalkamin anästhesirend, nur entsteht nach der Anwendung der letzteren keine Ischämie, sondern Hyperämie.

A. ROSENBERG.

14) **J. M. Mc Farlane. Vergleich zwischen Eucain und Cocain. (Eucaine and cocaine compaired.)** *Canada Lancet. April 1897.*

Nach seinen Erfahrungen an 20 Fällen glaubt Verf. nicht, dass das Eucain den Platz des älteren Anästheticums einzunehmen vermag.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

15) **J. C. Clemensha. Eucain „B". — Weitere Mittheilungen über ein neues locales Anästheticum. (Eucaine „B". — A further note on a new local anaesthetic.)** *Buffalo Med. Journal. Juni 1897.*

Als Anästheticum findet Verf. das Eucain „B" dem Eucain „A" gleichwerthig; doch hat es nicht dessen reizende und congestionirende Wirkung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

16) **A. Jousset. Die Anwendung von salzsaurem Eucain in der Rhinologie, Otologie und Laryngologie. (Emploi du chlorhydrate d'eucaine en rhinologie, otologié et laryngologie.)** *Nord. méd. 15. October 1897.*

Verf. hat das salzsaure Eucain jetzt bei 73 Hals- und Nasenfällen in Anwendung gezogen, er hat dieselben Resultate erhalten wie früher: die Anästhesie ist oberflächlicher und weniger dauerhaft als nach Cocain, die Gefässe und die Schleimhäute retrahiren sich nicht, daher stärkere Blutung. Selten sah J. Reizerscheinungen durch das Medicament.

A. CARTAZ.

17) **Halácz Henrik. Ueber das Hydrogenium hyperoxydatum in der Rhinologie und Otologie.** *Gyógyászat. 43. H. 1897.*

H. empfiehlt das Hydrogenium hyperoxydatum in der rhinologischen und otologischen Praxis auf das Wärmste. Bei Ohreneiterungen führt es bald zur Verminderung der Eiterproduction. Bei der Operation von Ohren- und Nasenpolypen zeichnet es sich durch seine blutstillende Wirkung aus. Auch kann es bei kleineren chirurgischen Eingriffen als blutstillendes Mittel vorzüglich verwendet werden.

v. NAVRATIL.

18) **Berneik** (Königsberg). **Die Sozojodoltherapie bei Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten.** Dissert. Königsberg. 1897.

Beobachtungen aus dem Ambulatorium von Stetter. In den Fällen von acuter Rhinitis cat. wurde im heftigsten Stadium secretionis mit bestem Erfolge das 10proc. pulv. Kal. sozojodol. angewandt. Bei Rhinitis hypertrophica kam 10proc. pulv. Zinc. sozojodol. oder Pinseln mit 2proc. Sol. zinc. sozojodol. zur Anwendung. Kal. sozojodol. pur. wurde bei Ozaena mit gutem Erfolge nach vorheriger Ausspülung der Nase mit Lysollösung eingeblasen. Chronischer Nasen- und Retronasalcatarrh erforderten die Anwendung des Refraichisseurs mit 1proc. Sol. Zinc. sozojodol. Zur Behandlung syphilitischer Geschwüre der Nase und des Nasenrachenraumes wurde Hydrarg. sozojodol. in 20proc., 10proc. oder 4proc. concentrirter, theils als Pulver, theils als massive Lösung verwandt.

SEIFERT.

19) **Künne** (Elberfeld). **Kali chloricum.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 46. 1897.*

Verf. hat in mehr als 1000 Fällen bei Erkrankungen des Mundes und des

Rachens Kal. chloric. bei Kindern und Erwachsenen innerlich in Gaben von 6 mal 0,25 (also 1,5 p. die) bis 16 mal 0,5 (also 8,0 p. die) gegeben und dabei niemals eine Vergiftung, wohl aber befriedigende Besserung beobachtet. Er kann sich deshalb mit der Warnung von P. Jacob (Berl. kl. W. 1897, No. 27), der das Mittel überhaupt verbannt wissen will, nicht einverstanden erklären. ZARNIKO.

20) **F. T. Rogers. Der therapeutische Werth zerstäubter Flüssigkeiten. (The therapeutic value of nebulized fluids.)** *Atlantic Med. Weekly. 20. März 1897.*

R. schreibt denselben grossen Werth zu. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **V. v. Hácker. Zur partiellen und totalen Rhinoplastik.** *Beitr. zur klin. Chir. XVIII. 1897.*

Von rein chirurgischem Interesse. A. ROSENBERG.

22) **E. C. Ellett. Eine Operation zur Verbesserung der Hakennase. (An operation for the relief of hook nose.)** *Memphis Med. Monthly. April 1897.*

E. probirte die von Keen beschriebene Methode.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

23) **Palasow. Rhinoplastik.** *Wratsch. No. 48. 1897.*

P. stellt in der Gesellschaft der Kiewer Aerzte einen Fall von künstlicher Nasenbildung durch Wolkowitsch vor, welcher ausschliesslich chirurgisches Interesse hat. P. HELLAT.

24) **Colonna-Wolewski. Abscesse der Nasenscheidewand. (Des abscès de la cloison des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

25) **W. E. Casselberry. Abscess der Nasenscheidewand. (Abscess of the nasal septum.)** *Journal Am. Med. Assoc. 20. Februar 1897.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **Vaptzaroff. Abscesse der Nasenscheidewand und Hypertrophie ihrer Schleimhaut bei Kindern und Heranwachsenden. (Abscès de la cloison et hypertrophie de la muqueuse de la cloison chez les enfants et les adolescents.)** *Thèse de Nancy. 1897.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

27) **G. Kicer. Hämatom der Nase. (Haematoma of the nose.)** *The Laryngoscope. Februar 1897.*

Verf. berichtet über 13 Fälle. In 8 von diesen kam die Resorption ohne Schmerzen zu Stande. Das Hämatom der Nasenscheidewand ist die Folge eines Traumas, das den Nasenrücken trifft und durch Zerreissung von Weichtheilen eine

Blutung setzt zwischen die Cartilago quadrangularis und das Perichondrium. Gewöhnlich ist es doppelseitig. Es kann indessen auch spontan auftreten. Seine gewöhnliche Folge ist der Abscess. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

28) **Danziger. Die sogenannte idiopathische Perichondritis der Nasenscheidewand (spontanes Hämatom).** *Monatsschr. f. Ohrenh. etc. No. 1. 1897.*

D. sagt, es gäbe keine primäre oder idiopathische Perichondritis der Nasenschleimhaut; wenn die Krankheit schleichend auftrete ohne schwere Allgemeinerscheinungen, dann gehe stets ein Leiden der Nase voraus, durch welches an der Prädilectionsstelle für Excoriationen, am Septum, eine Infection der Schleimhaut und consecutiv eine Erkrankung des Knorpels hervorgerufen werde; setze aber die Krankheit mit schweren Allgemeinerscheinungen ein, so sei der Abscess nichts als eine Folgeerscheinung der Influenza; er entstehe aus einem Bluterguss, wie solche im Verlaufe der Influenza auch am Ohr beobachtet wurden. SCHECH.

29) **G. Kicer. Perichondritis der Nase. (Perichondritis of the nose.)** *The Laryngoscope. März 1897.*

Die acute primäre Perichondritis ist selten; sie wird charakterisirt durch ihr plötzliches Auftreten bei sonst gesunden Individuen, bei denen jeder ätiologische Factor, wie Syphilis, Trauma etc. auszuschliessen ist. Ihre Symptome sind hohes Fieber, Röthung und Schwellung der Nase und der umgebenden Gewebe, in denen ein seröses oder eitriges Exsudat sich bildet. Verf. verfügt über einen eigenen Fall und stellt 14 aus der Literatur zusammen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

30) **J. Pollak** (Wien). **Ueber Perichondritis septi narium serosa.** Vortrag am 1. österr. Otologentag. — *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1897.*

Ein 53jähriger Mann litt seit 8 Tagen an completer Nasenverstopfung und den hierdurch bedingten Beschwerden. Rhinoskopisch zeigten sich die äusseren Nasenöffnungen durch zwei blassrothe Tumoren ausgefüllt, die wie Polypen aussahen. Ausserdem bestand am Nasenrücken in der Gegend der Articulatio des Nasenbeines mit der Cartilago quadrangularis eine haselnussgrosse elastische Geschwulst, die einige Tage zuvor von einem Arzte eingeschnitten wurde und aus der sich seither bei Druck auf die Nase eine gelblichweisse seröse, etwas viscide Flüssigkeit entleert, wonach die beiden Septumtumoren bedeutend kleiner wurden, sich jedoch nach kurzer Zeit wieder füllten. Nach Incision des linken Septumtumors collabirte auch der rechte und der am Nasenrücken, nachdem reichlich seröse Flüssigkeit sich entleert hatte und konnte eine Sonde durch einen Knorpelspalt in den rechten Tumor geführt werden. Tamponade. Nach einigen Tagen Heilung. Es handelte sich offenbar um obgenannte Erkrankung, wie sie von Jurasz beschrieben wurde. Im weiteren Verlaufe stellte sich bei diesem Patienten auch die für alle Perichondritiden des Nasenrückens charakteristische Einsenkung des Nasenrückens ein, er bekam nach seiner eigenen Aussage „statt einer römischen nun eine böhmische“ Nase. Aetiologisch glaubt Verf. eine primäre Erkrankung der Cartilago quadrangularis annehmen zu müssen. CHIARI.

31) **Theissing** (Breslau). **Perichondritis und seröse Cysten der Nasenscheidewand.** Dissert. Breslau. 1897.

In seiner Dissertation führt Th. 2 Fälle von einseitigem und 1 Fall von doppelseitigem traumatischen Septumabscess aus der Breslauer Poliklinik auf, die durch Incision (kreuzförmige) zur Heilung gebracht wurden. In einem weiteren Fall von doppelseitigem Septumabscess blieb die Ursache vollkommen unaufgeklärt. Einen Fall von doppelseitiger seröser Septumcyste bei einem 40jährigen Arbeiter betrachtet Th. als primäre Lymphcyste. SEIFERT.

32) **Walliczek. Ueber den blutenden Polypen der Nasenscheidewand.** *Monatsschrift f. Ohrenh. etc. No. 4. 1897.*

W. kommt zu dem Schlusse, dass der blutende Septumpolyp ein gutartiger Tumor ist, der zur Gruppe der gefässreichen Bindegewebsgeschwülste gehört; seine Aetiologie ist noch zweifelhaft, wahrscheinlich verdankt er ein durch andauernde mechanische Reize erzeugten Entzündung seine Entstehung, er kommt in jedem Alter vor, wenn auch jugendliche weibliche Personen bevorzugt werden; eine Verwechselung ist möglich mit lupösen und sarcomatösen Geschwülsten.

SCHECH.

33) **E. F. Parker. Auswüchse der Nasenscheidewand und ihr Einfluss auf die Athemwege. (Spurs of the nasal septum and their influence on the respiratory tract.)** *New York Med. Journal. 5. Juni 1897.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

34) **R. Brunson. Deformitäten der Nasenscheidewand; ihre Folgen und ihre Behandlung. (Deformities of the nasal septum; consequences and treatment.)** *Hot Springs Med. Journal. März 1897.*

Verbiegungen der knorpeligen Nasenscheidewand operirt Verf. durch Incisionen in der Form des Buchstabens H; die beiden Längsschnitte gehen parallel dem Nasenboden, ein verticaler Schnitt verbindet beide.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

35) **R. Botey. Die Behandlung der verticalen Deviation der knorpligen Nasenscheidewand mit Verstopfung der Nase und Seitwärtsrichtung der Nasenspitze. (Traitement de la déviation verticale de la cloison cartilagineuse avec obstruction nasale et latéralisation de la pointe du nez.)**

B. schlägt ein neues Verfahren zur Resection der knorpeligen Nasenscheidewand vor, das er in 4 Fällen mit sehr glücklichem Resultate angewendet hat. Er beschreibt die Technik der ziemlich schwierigen Operation. E. J. MOURE.

36) **Stetter. Erfahrungen im Gebiete der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.** *Monatsschr. f. Ohrenh. etc. No. 4. 1897.*

Zwei Fälle von operativer Gradrichtung des Septums und mehrerer Teleangectasien der Scheidewand. Stetter empfiehlt bei Rhinitis hypertrophica die Vibrationsmassage, bei Ozaena Einblasungen von Kalium sozojodolicum. Bemerkenswerth ist auch ein Fall von grosser Ranula und von Cystenbildung in der medianen Hälfte der Facialwand des linken Oberkiefers sowie von Papillom der

Uvula. Schliesslich wendet sich S. in Betreff der Peritonsillarabscesse gegen die Methode von Killian und giebt der Incision mit scharfem Messer den Vorzug.

SCHECH.

37) **Wl. Wróblewski. Beitrag zur operativen Behandlung der Leisten und Verkrümmungen der Nasenscheidewand mittelst des Elektromotors. (Przyczynek do operowania listew i skrzywien przegrody nosa za pomoca elektromotoru.)** *Gazeta lekarska. No. 41. 1897.*

Verf. hat diese Methode bei einigen 30 Fällen mit günstigem Resultate erprobt.

SOKOLOWSKI.

38) **H. Hoyle Butts. Eine Operation zur Geraderichtung der durch Verbiegung des knorpligen Nasenseptums verursachten äusseren und inneren Deformitäten der Nase. (An operation for the correction of external and internal deformities of the nose caused by deflection of the cartilaginous nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 22. Mai 1897.*

Die Operation ist im Grossen und Ganzen der von Asch angegebenen gleich. Nicht jede leichte Verbiegung oder Asymmetrie aber soll operirt werden; sondern nur dann ist ein chirurgischer Eingriff berechtigt und erforderlich, wenn von folgenden drei Bedingungen eine oder mehrere zutreffen:

1. wenn die Athemfunction einer Nasenseite erheblich geschwächt oder aufgehoben ist;

2. wenn der Abfluss der Secrete der Nasenschleimhaut oder der Nebenhöhlen behindert ist;

3. wenn zwischen dem Septum und den anliegenden Geweben ein Contact besteht, der mit den einfacheren Methoden — Galvanokauter, Schlinge, Curette und elektrischer Trepan — nicht behoben werden kann.

LEFFERTS.

39) **H. M. Folkes. Würmer in der Nase. (Worms in the nostrils.)** *N. Y. Medical Record. 8. Mai 1897.*

Krankengeschichte eines Falles; die Würmer wurden mittelst Zange und Chloroform-Spray entfernt.

LEFFERTS.

40) **Beugnies. Fremdkörper in der Nase. (Foreign body in the nose.)** *N. Y. Med. Record. 16. Januar 1897.*

Verf. bildet eine Art Schlinge mittelst eines durch eine an der Spitze durchbohrte Sonde gezogenen Fadens. Diese wird bis hinter den Fremdkörper geführt und die Schleife zugezogen.

LEFFERTS.

41) **A. Sikkel** (Haag). **Fremdkörper in der Nase. (Vreemde lichamen in den neus.)** *Med. Weekblad. IV. No. 2.*

Bei einseitiger Naseneiterung ist sorgfältige Nasenuntersuchung nothwendig.

H. BURGER.

42) **Herzfeld. Ueber einen aus Schwefeleisen bestehenden Rhinolithen nebst Bemerkungen über Schwefelwasserstoffbildung innerhalb der Nase.** *Monatsschrift f. Ohrenh. etc. No. 2. 1897.*

Um ein Eisenstück hatte sich ein Rhinolith und durch Einfluss von Eiter und Fäulnissproducten Schwefeleisen gebildet.

SCHECH.

43) **Rothenaicher. Künstliche Entfernung eines einen Kirschkern enthaltenden Rhinolithen.** *Monatschr. f. Ohrenh. etc. No. 2. 1897.*

Der Titel besagt Alles. SCHECH.

44) **Malosse. Untersuchung eines Nasensteins. (Analyse d'un rhinolithe.)** *Bull. méd. de l'Algérie. 10. Februar 1897.*

Der Kern des Nasensteins bestand zu $^3/_4$ aus organischer Substanz und zu $^1/_4$ aus mineralischen, an Eisen sehr reichen Bestandtheilen. Die Hülle war im Wesentlichen gebildet aus phosphorsaurem Kalk, das die Hälfte desselben ausmachte, und etwa zu $^1/_5$ aus phosphorsaurer Magnesia. A. CARTAZ.

45) **Fethke** (Königsberg). **Ueber einen selteneren Fall von Nasenstein.** Dissert. Königsberg. 1897.

Ein 57jähriger Mann klagte über Nasenverstopfung linkerseits, heftige Kopfschmerzen und eitrigen Ausfluss aus der Nase. Man fand im linken mittleren Nasengang einen grossen Rhinoliten von grau-bräunlicher Farbe, mit warzig höckeriger Oberfläche, dessen Centrum aus einem Knochenstückchen bestand.

SEIFERT.

46) **Schmalöwski** (Königsberg). **Ueber Nasensteine nebst Mittheilung von zwei neuen Fällen.** Dissert. Königsberg. 1897.

1. Fall. 29jährige Frau, seit 2 Jahren an Nasenbluten leidend. In der rechten Nasenhöhle, in Granulationen eingebettet, ein Nasenstein, nach dessen Entfernung an der mittleren Muschel, sowie am Septum rauher Knochen nachgewiesen wird. Bei der mikroskopischen Untersuchung Haufen von Coccen und Bacillen zu finden.

2. Fall. 32jährige Frau, seit 4 Jahren an Blutungen aus der linken Nasenhälfte, Thränenträufeln und Kopfschmerzen der linken Seite leidend. Nach Extraction des Steines Ulcerationen an den Muscheln und am Septum nachweisbar. Mikroskopischer Befund wie im Fall 1.

Auf Grund dieser Befunde bestätigt S. die von Gerber ausgesprochene Anschauung, dass bei dem Aufbaue der Steine die Bacterien als Baumaterial eine wichtige Rolle spielen. SEIFERT.

47) **Breitung** (Coburg). **Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1897.*

Ein Stück Fleisch, das wahrscheinlich bei einem Hustenanfall von hinten her in die Nase gelangt war, und bei dem 5jährigen Patienten während mehrerer Monate eine jauchige Pyorrhoe mit ihren Consequenzen erzeugt hatte, wurde vom Verf. leicht mit der Zange entfernt. Warnung vor dem „halben Politzer" und vor forcirter Wassereinspritzung in ähnlich liegenden Fällen. ZARNIKO.

c. Mundrachenhöhle.

48) **H. Suchannek** (Zürich). **Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus.** *Bresgen's Samml. zwangl. Abhandlungen a. d. Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskrankh. Heft 1. Halle 1895.*

Von den fünf Eingangspforten, durch die Mikroorganismen in den menschlichen Körper gelangen können (Haut und angrenzende Schleimhäute, Darm, Urogenitalsystem, Respirationstractus und Gaumentonsillen), sind die Gaumentonsillen die wichtigste; unter den Orten, an denen sich Mikroorganismen festsetzen können, beanspruchen die Gelenkhöhlen eine hervorragende Stelle. Die Entzündungen der Gaumenmandeln haben keine einheitliche Ursache, können vielmehr durch die verschiedenartigsten Bacterienspecies (pyogene Staphylococcen und Streptococcen, den Pneumococcus und das Friedländer'sche Bacterium, den Löffler'schen Bacillus) bewirkt werden; ähnlich steht es nach der Ansicht des Verf.'s mit der rheumatischen Polyarthritis. Es darf deshalb nicht Wunder nehmen, wenn wir in der Literatur zahlreiche Beobachtungen niedergelegt finden, in denen mit der rheumatischen Polyarthritis Angina einherging, sodass von einzelnen Autoren (Sahli, Roos, Buss) die Polyarthritis als abgeschwächte von den Tonsillen ausgehende Pyämie angesehen wird. — Solche Erfahrungen legen dem Arzt die Pflicht auf, der Hygiene des Mundrachens bei seinen Patienten die grösste Aufmerksamkeit zu schenken, wozu antiseptische Gurgelungen, Beseitigung etwa vorhandener Mundathmung, Correction von Fehlern an den Mandeln gehören. — Der mit eindringendem Verständniss und gewohnter Sorgfalt unter ausgiebiger Benutzung der Literatur geschriebene Aufsatz sei der Beachtung der Fachcollegen empfohlen. Etwas anstrengend wird die Lectüre dadurch, dass Verf. sich allzugern in Einzelheiten verliert, sodass der Leser aus dem Zusammenhang kommt und sich mit einiger Mühe wieder zurückfinden muss.

ZARNIKO.

49) **J. F. Woodward. Halsschmerzen. Ihre Natur und Unterscheidung. Einfluss des Klimas und Behandlung. (Sore throat. Its nature and differentiation. Influence of climate and treatment.)** *North Carolina Medical Journal. 20. Februar 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **J. M. G. Carter. Catarrhalische Halsschmerzen in der allgemeinen Praxis. (Catarrhal sore-throat in general practice.)** *N. Y. Med. News. 28. August 1897.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **Carré. Der Streptobacillus von Malassez und Vignal als Erreger von Anginen. (Le streptobacille de Malassez et Vignal producteur d'angines.)** *Soc. méd. de Lyon. 12. April 1897. Lyon méd. 2. Mai 1897.*

Unter 140 Fällen von verdächtigen Anginen fand C. 4mal den Spreptobacillus der Pseudotuberculose, zweimal allein und zweimal neben dem Diphtheriebacillus.

In diesen 4 Fällen war die Angina besonders schwer; in einem Falle schloss sich Bronchopneumonie an. C. bespricht die culturellen Eigenschaften dieses Mikroben.

A. CARTAZ.

52) **Wicot. Angina bei einem Säugling; Tod durch Infection. (Angine chez un nourrisson; mort par infection.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 23. 1897.*

Im Cercle Médical von Brüssel (4. Juni 1897) berichtet W. über den Fall von einem 1 Monat alten Kind mit Angina und Drüsenanschwellung am Halse; nach eingetretener Besserung plötzliche Temperatursteigerung mit Entwicklung eines Abscesses in der Hinterhauptsgegend und am Kinn. Eiweiss im Urin. Tod an schwerer Streptococcie.

BAYER.

53) **L. C. Cline. Membranöse Angina; ihre Ursache und Verhütung. (Quinsy, its cause and prevention.)** *Fort Wayne Med. Magazine. December 1896.*

Verf. hält diese Form der Angina für eine infectiöse Erkrankung, verursacht durch Retention und Zersetzung von Concrementen in den Crypten der Tonsillen. Man verhütet sie durch Entfernung der ganzen Tonsille und durch Zerstörung der Crypten, welche die Infectionspforten bilden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

54) **Pospischill** (Wien). **Streptococcencroup der Trachea bei septischem Scharlach.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XLIV. 1897.*

Bei einem 2jährigen Kinde mit Scharlach stellten sich zu Beginn der Abschuppung Athembeschwerden ein, Stenosenathmen mit Stridor; dabei war die Stimme frei. Im Nasensecret und im Rachenbelage waren keine Diphtheriebacillen nachweisbar. Daher wurde die Diagnose auf nichtdiphtherische Trachealstenose gestellt. Tracheotomie, am folgenden Tage Exitus. Die Section zeigte, dass es sich um einen Trachealcroup handelte, aus der Membran konnten Streptococcen gezüchtet werden. Marmorek's Serum hatte sich als unwirksam erwiesen.

SEIFERT.

55) **Hirschfeld** (Berlin). **Ueber das Scharlachdiphtheroid und dessen Behandlung.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 44. Bd. 1897.*

Unter 211 Fällen von Scharlach in der Heubner schen Kinderklinik stand bei 166 (77 pCt.) das Rachendiphtheroid im Vordergrund des Krankheitsbildes und war damit auch der Hauptgegenstand der Therapie. Diese bestand bei der lentescirenden Form (86 Fälle) in intratonsillären Carbolinjectionen, um die in die diphtherischen Gewebspartien eingedrungenen Streptococcen abzuschwächen oder zu vernichten und damit den Organismus vor den Gefahren der allgemeinen Sepsis zu schützen. In 60 Fällen wurde Heilung erzielt.

SEIFERT.

56) **W. N. Berkeley. Die Pathologie und Classification der Anginen. (The pathology and classification of angina.)** *N. Y. Polyclinic. 15. Mai 1897.*

B. meint, dass „die Bakteriologie die Basis der Diagnosis" sein soll.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

57) **A. Cartaz. Eine Art chronischen Abscesses am Gaumensegel. (Une variété d'abscès chroniques du voile du palais.)** *Soc. franç. de laryng. 3. Mai 1897.*

C. bespricht eine seltene Form von chronischer Eiterung des Gaumensegels,

die er in 2 Fällen beobachtet hat. Es besteht dabei eine Fistel an der Vereinigungsstelle des vorderen und des hinteren Gaumenbogens, die verschieden tief gegen das Zäpfchen hin führt. Die Sonde dringt in eine Tasche von etwa $1^1/_2$ cm Weite; auf Druck entleert sich etwas Eiter, bisweilen einige käsige Bröckel, wie aus Krypten der Tonsillen.

Die Symptome sind unbedeutend. Die Patienten klagen mehr über eine gewisse Gêne als über Schmerzen, und wenn nicht durch Röthung oder durch eine leichte Schwellung die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt gelenkt ist, kann man leicht dazu kommen, die geringen Klagen auf eine chronische Pharyngitis zu beziehen.

Erklären lässt sich diese Läsion entweder als eine Fistel im Gefolge von peritonsillärem Abscess, von Abscess der supratonsillären Tasche oder aber als eine Entzündung eines congenitalen Divertikels an dieser Stelle, eines Restes des zweiten Kiemengangs.

Tourtual und Landgraf haben ähnliche Beobachtungen mitgetheilt. Vielleicht bestehen beide Erklärungsarten zu Recht, und in einem Fall trifft diese, im andern jene Hypothese zu. Autoreferat.

58) **Le Grix. Papillome des Gaumensegels verursacht durch Tabak-Reiz. (Des papillomes de la voûte palatine d'origine tabagique.)** *Congrès des Sociétés savantes. 21. April 1897.*

Man sieht am Gaumensegel nabelförmige Papillome, die durch die Reizwirkung des Tabakrauchs hervorgerufen sind.

Die Behandlung besteht im Fortfall der Ursache und, wenn erforderlich, in Aetzungen theils mit Salicylsäure, theils mit dem Galvanokauter.

PAUL RAUGÉ.

59) **J. B. Pitance. Studie über die gemischten Tumoren des Gaumensegels. (Etude sur les tumeurs mixtes du voile du palais.)** *Thèse de Paris. 1897.*

P. citirt Fälle von Mauclaire und Berger und bespricht ausführlich die Symptomatologie und die pathologische Anatomie dieser Tumoren. Er kommt zu dem Schlusse, dass diese gemischten Geschwülste nicht in den Drüsen ihren Ursprung haben, sondern von der Proliferation aberrirender epithelialer Elemente herrühren. Im Allgemeinen sind dieselben gutartig; doch sind sie in gewissen Fällen maligner Degeneration fähig; sie müssen deshalb entfernt werden.

A. CARTAZ.

60) **Mauclaire** und **A. Durrieux. Gemischter Tumor des Gaumensegels. (Tumeur mixte du voile du palais.)** *Soc. anatom. Paris. p. 609. 9. Juli 1897.*

71jähriger Mann ins Spital aufgenommen wegen syphilitischer Necrose des Unterkiefers. Man findet an der linken Seite des Gaumensegels einen kleinen Tumor von Kirschengrösse, der sich in den letzten Jahren langsam entwickelt hat. Derselbe macht dem Kranken keinerlei Beschwerden. Die Abtragung erfolgt ohne jede Schwierigkeit. Der Tumor ist zusammengesetzt aus epithelialen Massen mit schleimiger und cystischer Degeneration der Epithelzellen und einem bindegewebigen Zwischennetz. An einer Stelle findet sich ein Knötchen von deutlich

knorpeligem Bau. Die degenerirenden Epithelzellen bilden mucöse Häufchen, die an das Aussehen der Epidermiskugeln erinnern. Die Verff. neigen zu der Annahme eines congenitalen Ursprungs der Geschwulst, die durch Proliferation versprengter Epidermiszellen zu erklären wäre.

A. CARTAZ.

61) **E. Escat. Adenom des Gaumensegels. (Adénome du voile du palais.)** *Arch. prov. de Chirurgie. VI. p. 320.*

Bericht über einen Fall von umfangreichem Tumor des Gaumensegels bei einer 65jährigen Frau. Die Geschwulst, die vor 6 Jahren zuerst bemerkt wurde, ist ganz allmälig bis zur Grösse einer kleinen Orange herangewachsen und behinderte zuletzt das Schlucken, die Athmung und die Sprache. Sie sass auf der rechten Seite des Velums und hatte mit der Rachenwand keinerlei Verbindung. Es wurde die stückweise Abtragung mittelst der Schlinge und dann die Enucleation des Restes zur Vermeidung stärkerer Blutungen vorgenommen. Nach der histologischen Untersuchung handelt es sich um ein Adenom. Der Heilungsverlauf war ein glatter.

A. CARTAZ.

62) **Redact. Bemerkung. Die Bedeutung der Gaumendeformitäten bei Idioten. (The significance of palatal deformities in idiots.)** *Medical Record. 5. Juni 1897.*

Der Verf. ist der Ansicht, dass man gegenwärtig wohl zu sehr geneigt ist, jede noch so kleine anatomische Deformität und Abweichung von der Norm als Degenerationszeichen anzusehen. Er giebt die Anschauungen verschiedener Autoren wieder. Dr. Channing sagt, dass „wahrscheinlich ebenso viele Deviationen vom normalen Typus des Gaumens bei gesunden Personen vorkommen als bei Idioten.“ Dagegen sagt Dr. Frederic Paterson: „Die Deformität des Gaumens ist nach meiner Meinung eines der hauptsächlichsten Stigmata der Degeneration.“

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

63) **Arbuthnot Lane. Gaumenspalte. (Cleft palate.)** *The Clinical Journal. 26. März 1897.*

Das beste Alter für die Operation ist die 5. Woche. Verf. beschreibt seine Operationsmethode und illustrirt sie durch Abbildungen. Er empfiehlt dabei einen besonderen Nadelhalter.

ADOLPH BRONNER.

64) **Gevaert. Gaumenspalten. (Fissures palatines.)** *La Clinique. No. 7. 1897.*

Zwei Fälle von Gaumenspalten, von denen der eine operirt wurde, der andere in Folge mangelhafter Ernährung, die die Operation unmöglich machte, starb.

BAYER.

65) **T. W. Brophy. Frühoperationen zum Schluss von Gaumenspalten. (Early operations for the closure of cleft palate.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1897.*

Die Operation soll in der frühesten Kindheit gemacht werden, ehe die complicirende Hasenscharte geschlossen ist, da diese dem Operateur freieren Raum gewährt. Die Operation kann in der ersten Lebenswoche vorgenommen werden.

die er ·derselben geht die Ernährung des Kindes leichter vor sich. Die Gaumenstelle ·ln treten dann in Thätigkeit und entwickeln sich. Auch ist die Operation das harten Gaumen leichter, bevor die Verknöcherung desselben vorgeschritten ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

66) **Ehrmann** (Mülhausen). **Ueber die seitlichen Fisteln im Gefolge der Urano-Staphylorrhaphie. (Sur les fistules latérales consécutives à l'urano-staphylorrhaphie.)** *Académie de Médecine. 25. Mai 1897.*

Der Verf. bespricht die Vorsichtsmaassregeln, die man bei der Urano-Staphylorrhaphie treffen muss, um die Seitwärtsrollung der Lappen und die Bildung von Fisteln, die nur zu oft auf diese Weise entstehen, zu vermeiden. Er giebt auch die Operationsmethoden an, mittelst deren solche Fisteln, wenn sie doch zu Stande kommen, beseitigt werden.

PAUL RAUGÉ.

67) **P. Raugé. Traumatische Lähmung des Gaumensegels. (Paralysie traumatique du voile du palais.)** *Arch. int. de laryng. X. p. 583.*

Merkwürdige Krankengeschichte eines 59jährigen Mannes, der aus einer Höhe von 3 m stürzt und mit der linken Halsseite auf eine Holzkiste aufschlägt. Er ist 1 Stunde bewusstlos, erhebt sich dann aber ohne Hemiplegie, ohne Blutung, jedoch mit einer Lähmung, die R., welcher ihn 3 Monate später sieht, folgendermaassen beschreibt: Sehr starkes Näseln; Flüssigkeiten kommen durch die Nase zurück; das Gaumensegel ist total gelähmt und steht fast ganz still; die Sensibilität desselben ist erhalten, die Reflexerregbarkeit ist verloren. Sonst an Larynx oder Pharynx nichts verändert; keine Facialislähmung; geringe Hyperakusie.

R. bespricht das merkwürdige Vorkommniss. Er hält eine cerebrale oder periphere Läsion für ausgeschlossen und neigt zur Annahme entweder einer sehr umschriebenen bulbären Blutung oder einer dissociirten Facialisläsion im Felsenbein oder einer Affection des Wrisberg'schen Nerven.

A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

68) **Crocq** sen. (Brüssel). **Betrachtungen über das Wesen und die Diagnose der Diphtherie.** *Wiener klin. Rundschau. No. 4. 1897.*

3 Fälle, in denen Löffler'sche Bacillen nachgewiesen wurden, die jedoch in ihrem Verlaufe durchaus nicht an das Bild der Diphtherie erinnerten. Heilung ohne Serum in einigen Tagen. Verf., der kein Freund der Serumtherapie zu sein scheint, kommt zu folgenden Schlüssen: 1. dass die mikroskopische Untersuchung für die Diagnose einer Rachenerkrankung keine Bedeutung besitzt; 2. dass die bakteriologische Untersuchung uns auch nicht bezüglich des Wesens einer Veränderung belehren kann. Verf. vertheidigt die Liebreich'sche Lehre und hält das Wesen und die Schwere der Erkrankung durch die Art der anatomischen Veränderung begründet, wozu dann secundär die Mikroorganismen dazutreten. (?!)

CHIARI.

69) **Shuttleworth. Die bakteriologische Diagnose der Diphtheritis. (The teriological diagnosis of diphtheria.)** *Canada Lancet. März 1897.*

Verf. untersuchte den Hals von 559 Patienten; seine Resultate stimmen m denen anderer Untersucher überein. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

70) **Henry Koplik. Schnelle bakteriologische Diagnose der Diphtherie. (Rapid diagnosis [bacteriological] of diphtheria.)** *New York Medical Record. 29. Mai 1897.*

K. impft das verdächtige Material auf Löffler'sches Blutserum und stellt die Röhrchen in den Ofen bei 38° C. Schon nach $2^1/_2$—3 Stunden zeigt sich ein Wachsthum und die Bacillen sind im Deckglaspräparat, das mit Löffler'schem Blau gefärbt wird, nachweisbar. Diphtheriebacillen wachsen bei 20—39,5° C., bei den niederen Temperaturen aber langsamer. LEFFERTS.

71) **Redact. Notiz. Ueber einen häufigen Weg der Verbreitung von Diphtherie. (How diphtheria is often spread.)** *Cleveland Journ. of Med. Mai 1897.*

Der Verf. spricht von der Verbreitung der Krankheit durch die öffentlichen Leichenbegängnisse an membranösem Croup gestorbener Kinder.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

72) **E. A. Means. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Texas Courier-Record of Med. April 1897.*

Nichts Neues. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

73) **F. Oakley. Croup oder Diphtherie — welches von beiden? (Croup or diphtheria — which?)** *Canadian Med. Review. April 1897.*

Verf. beschreibt einen Fall und stellt die Frage zur Discussion, ob derselbe richtiger als Croup oder als Diphtherie zu bezeichnen ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

74) **P. Hermany. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Lehigh Valley Medical Journal. Mai 1897.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

75) **R. J. Sapp. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Brief. Mai 1897.*

Verf. ordinirt eine grosse Dosis Epsom-Salz, dann Kali chloricum und Whiskey.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

76) **C. M. Watson. Diphtheritis und einige ihrer neueren Behandlungsmethoden. (Diphtheria and some of the late methods of treatment.)** *Alabama Med. Age. Mai 1897.*

Nichts Originelles. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

77) **N. Tolmatschew. Mittheilung in der Tambower medicinischen Gesellschaft über die Behandlung von 165 Diphtheriekranken im Dorfe.**

Dem Referenten nicht zugänglich. P. HELLAT.

Smirnow. Ein neues Diphtherie-Antitoxin. (A new diphtheria antitoxin.) *N. Y. Medical Record. 22. Mai 1897.*

Sm. stellt sein Diphtherieantitoxin dar durch elektrolytische Behandlung virulenter Bouillonculturen. Dasselbe wird schneller und mit geringeren Kosten gewonnen, als das gewöhnliche Pferdeserum und soll an Stärke dieses übertreffen.

LEFFERTS.

79) **P. G. Goldsmith. Die Immunisirung durch Antitoxin. (Anti-toxine immunization.)** *Canada Lancet. Juni 1897.*

Verf. meint nach seinen Erfahrungen, dass als immunisirende Dosis 1000 Immunitätseinheiten erforderlich sind.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

80) **Redaction. Notiz. Der Bericht der American Pediatric Society über die Sammelforschung betreffend die Serumtherapie bei Kehlkopfdiphtherie in der Privatpraxis 1896—97. (The American Pediatric Society's report on the collective investigation of the antitoxin treatment of laryngeal diphtheria in private practice 1896—97.)** *Medical News. 15. Mai 1897. N. Y. Med. Record. 15. Mai 1897. N. Y. Med. Journal. 15. Mai 1897.*

Der zweite ergänzende Fragebogen berührt nur zwei Punkte: 1. Wieviel Procent der Fälle von Kehlkopfdiphtherie heilten ohne Operation unter Serumbehandlung? 2. Wieviel Procent der operirten Fälle kamen zur Heilung?

LEFFERTS.

81) **J. B. Stair. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 6. März 1897.*

Verf. sagt über die Serumbehandlung: „Meine Erfahrungen sprechen zu Gunsten dieser Therapie; doch muss ich zugeben, dass dieselben beschränkte sind.“

LEFFERTS.

82) **F. P. Eastman. Diagnose und Behandlung der Diphtheritis. (Diagnosis and treatment of diphtheria.)** *Fort Wayne Med. Journ. Magazine. April 1897.*

Verf. schildert seine Erfahrungen, die zu Gunsten der Serumtherapie sprechen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

83) **J. C. Mc Beau. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Dunglison's College and Clinical Record. April 1897.*

Verf. bespricht die Resultate, die er bei 28 theils mit Serum, theils ohne solches behandelten Fälle von Diphtherie erzielte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

84) **Redact. Notiz. Ueber die Wirksamkeit des Diphtherieserums. (On the efficacy of diphtheria antitoxin.)** *Cleveland Med. Gazette. Mai 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

85) **J. Perrier. Ein Beitrag zur Literatur der Serumbehandlung bei diphtheritischer Laryngitis; mit 2 Krankengeschichten. (A contribution to the literature of antitoxin in the treatment of diphtheritic laryngitis with report of two cases.)** *Cleveland Med. Gazette. Mai 1897.*

P.'s Erfahrung spricht zu Gunsten der Serumbehandlung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

86) **Paul Gibier. Neue Methode zur Erzielung eines besonders giftigen Diphtherietoxins. (New process for obtaining an extra-toxic diphtheria toxin.)** *Med. Review. 22. Mai 1897.*

G. lässt das Fleisch bis zur beginnenden Zersetzung stehen, ehe er es zur Bereitung des Nährbodens verwendet; das auf dem letzteren gezüchtete Toxin ist dann 3—4 mal so stark als gewöhnlich. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

87) **J. M. Snow. Die Serumbehandlung bei Diphtherie in Buffalo. (Antitoxin treatment of diphtheria in Buffalo.)** *Buffalo Med. Journal. Mai 1897.*

Eine Statistik der in Privatpraxis behandelten Fälle.

FROTHINGHAN (LEFFERTS).

88) **Redact. Notiz. Die Wirksamkeit des Diphtherieheilserums. (The efficacy of antidiphtheritic serum.)** *N. Y. Med. Record. 22. Mai 1897.*

Ein Comité hat sich in Frankreich mit der Serumfrage beschäftigt, um die beste Art der Gewinnung und der Vertheilung des Mittels festzustellen. Dasselbe begann seine Enquête im Februar 1895 und hat jetzt seine Arbeiten abgeschlossen. Es kommt zu dem Schluss, dass das beste System das in Deutschland herrschende ist.

LEFFERTS

89) **Zuppinger. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The treatment of diphtheria with the antitoxin.)** *N. Y. Med. Record. 29. Mai 1897.*

Bericht über die Behandlung von 168 Kindern. 136 kamen zur Heilung (82 pCt.) und 30 starben (18 pCt.); 2 verblieben bei Abschluss des Berichts noch in Behandlung. 8 Kinder wurden in hoffnungslosem Zustand aufgenommen und starben in den ersten 24 Stunden; 1 Kind war vorgeschritten tuberculös und 1 starb an Pneumonie nach Scharlach. Rechnet man diese ab, so sinkt die Mortalität auf 12 pCt. LEFFERTS.

90) **M. Chisholm. Diphtheritischer Croup. Seruminjection. Intubation. Heilung. (Diphtheritic croup; antitoxin; intubation; recovery.)** *Maritime Med. News. Juni 1897.*

Krankengeschichte eines Falles, betreffend einen Knaben von 5 Jahren.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

91) . . . **Zur Serumbehandlung der Diphtheritis. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 20. Mai 1897.*

Auszug aus dem zweiten Bericht des Metropolitan Asylum Board. Es ergiebt sich

1. Eine starke Herabsetzung der Mortalitätsziffer bei den Fällen, die innerhalb der ersten 3 Tage der Erkrankung in Behandlung kamen.

2. Ein Heruntergehen der Gesammtmortalität unter die in irgend einem der früheren Jahre erreichte Ziffer.

3. Eine noch bemerkenswerthere Herabsetzung der Mortalität bei den Fällen von Kehlkopfcroup.

4. Eine gleichmässige Besserung der Resultate der Tracheotomie in den verschiedenen Hospitälern.

5. Ein günstiger Einfluss auf den klinischen Verlauf der Krankheit.

Empfohlen wird in dem Bericht

1. Das Serum so frühzeitig als irgend möglich in allen diphtherieverdächtigen Fällen zu geben,

2. Kindern über 2 Jahren 2000 I.-E. zu injiciren und diese Dosis, wenn erforderlich, in Intervallen von 12 Stunden zweimal zu wiederholen. Kinder unter 2 Jahren haben an 1000—1500 I.-E. genug.

ADOLPH BRONNER.

92) **C. Sláter. Die Serumbehandlung bei Diphtherie im St. Georges Hospital. (The antitoxin treatment of diphtheria at St. Georges Hospital.)** *Lancet. 12. Juni 1897.*

Von 76 Fällen, bei denen die Diagnose bakteriologisch gesichert war und die mit Serum injicirt wurden, starben nur 15 (= 20 pCt.) Die Tracheotomie war erfolgreicher in den injicirten Fällen. Ein Ausschlag trat häufig am 3.—9. Tage nach der Injection auf. Ein Kind hatte einen Rückfall nach 34 Tagen.

ADOLPH BRONNER.

93) **Vidal. Das Heilserum und das Sublimat bei Diphtherie. (La sérotherapie et le sublimé corrosif dans la diphtherie.)** *Nouv. Montpellier Méd. 17. Juni 1897.*

Besprechung der Methode von Dazio.

A. CARTAZ.

94) **G. Engelhardt. Die Diphtheritis in Marseille. (La diphthérie à Marseille.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Statistische Studie über die Morbidität und Mortalität an Diphtherie in Marseille seit einer Reihe von Jahren. Die Einführung der Serumtherapie hat die Mortalitätsziffer in sehr glücklicher Weise beeinflusst; dieselbe ist von 82 auf 28 und 17 auf 100000 Einwohner gesunken.

A. CARTAZ.

95) **H. E. Wells. Die Intubation des Kehlkopfs; mit Bericht über 10 Fälle. (Laryngeal intubation with report of 10 cases.)** *Cleveland Journ. of Medic. April 1897.*

Es handelte sich in sämmtlichen Fällen um Diphtherie.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

96) **A. J. Horsey. Intubation. (Intubation.)** *Canadian Med. Review. März 1897.*

Vier Tage nach der Intubation eines Diphtheriekindes, welches starb, erkrankte H. mit Schmerzen im Gelenk des linken Zeigefingers; es entwickelte sich eine Lymphgefässentzündung. Drei Wochen danach war eine Membran im Halse zu constatiren und es folgte eine postdiphtherische Lähmung der Beine.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

97) **G. Heyman. Die gegenwärtigen Indicationen für die Tracheotomie beim Croup der Kinder und die Gegenindicationen für die Intubation. (Des indications actuelles de la tracheotomie dans le croup de l'enfant, contre-indications du tubage.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Verf. hält die Intubation für die Operation, die bei Asphyxie durch Croup

den Vorzug vor der Tracheotomie verdient; doch giebt es eine Reihe von Gegenindicationen; dieselben beziehen sich auf

1. den Ort, an dem operirt wird. Ein intubirtes Kind muss beständig unter sachverständiger Aufsicht sein;

2. den Operateur. Wenn es nicht gelingt, die Tube einzulegen, wenn ein falscher Weg zustande kommt, muss tracheotomirt werden;

3. den Zustand des Kranken. Nicht intubirt wird a) wenn das Kind nahe dem Tode ist; b) bei extensiver und confluirender Diphtherie der oberen Luftwege; c) bei starker eitriger Secretion; d) wenn während der Intubation Anfälle von Syncope eintreten; e) wenn die Tube sofort wieder ausgeworfen wird, sich wiederholt verstopft oder wenn später Spasmen auftreten;

4. diejenigen Fälle, in denen die Diagnose nicht bestimmt unterscheiden kann zwischen Croup, Glottisoedem und anderen Affectionen, die zu Kehlkopfstenose führen können;

5. das Alter des Kindes. Unter 2 Jahren wird die Intubation vorgezogen.

A. CARTAZ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

98) **G. Variot** und **J. Glover** (Paris). **Die Behandlung der acuten Kehlkopfentzündungen in der Kindheit. (Traitement des laryngites aigues de l'enfance.)** *Medecine Moderne. 11. August 1897.*

Das beste Mittel für leichte Fälle ist das Einathmen einer mit Wasserdampf übersättigten Luft. Dazu benutzt man

a) einen einfachen Dampfkochtopf,
b) einen Dampfraum, der jedoch nur in Spitälern zur Verfügung steht,
c) ein Zelt, das man mittelst der Bettvorhänge bildet und unter dem der Dampf entwickelt wird,
d) einen Spray, der aber das Störende hat, dass er den Patienten nass macht und dadurch abkühlt.

Von Medicamenten bevorzugen die Verff. das Codeïn, das in Dosen von 1—3 cg für Kinder gefahrlos ist.

In den schweren Fällen, in denen Asphyxie droht, ziehen die Verff. die Intubation der Tracheotomie vor. Die Tube muss im Allgemeinen längere Zeit liegen bleiben; eine einfache vorübergehende Dilatation reicht nur sehr selten — beispielsweise in manchen Fällen von membranösem Croup — aus.

Bei den spasmodischen Laryngitiden der Masernkranken soll tracheotomirt werden, weil der durch die Kehlkopfulcerationen erzeugte Spasmus durch die Gegenwart der Tube noch gesteigert würde.

PAUL RAUGÉ.

99) **V. Uchermann** (Christiania). **Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1897.*

Begrenzte, starkempfindliche, röthliche bis blauröthliche, ziemlich feste In-

filtrate treten, wie Verf. glaubt, infolge einer rheumatischen Infection an der Larynxschleimhaut auf.

Sitzen sie in der Nähe der Arytaenoidgelenke, so entsteht Pseudanchylose mit Unbeweglichkeit des Stimmbandes. Auf Natr. salicyl. prompte Besserung. — 2 Krankengeschichten.

ZARNIKO.

100) **Goldscheider** (Berlin). **Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. 1897.*

Veranlasst durch die Mittheilung Ucherman's giebt G. einen einschlägigen Fall bekannt, den er im Jahre 1894 auf der Leyden'schen Klinik beobachtet hat und der von F. Schlender in seiner Inauguraldissertation (über Oedema laryngis bei Polyarthritis rheumatica acuta, Berlin 1895) näher beschrieben ist.

ZARNIKO.

101) **Raphael Hirsch** (Hannover). **Bemerkungen zu der Veröffentlichung Ucher-mann's.** *Ibid.*

Verf. hat in einer früheren Veröffentlichung (Zur Statistik des acuten Gelenkrheumatismus. Gerhardt's und Müller's Mitth. aus der medic. Klinik in Würzburg 1886, II. Bd.) mitgetheilt, dass auf der Würzburger Klinik in den Jahren 1876—1884 3 pCt. der Gelenkrheumatismen mit Laryngitis complicirt waren, und dass Gerhardt bereits vor 24 Jahren zwei Fälle beschrieben hat, die den Uchermann'schen vollkommen glichen.

ZARNIKO.

102) **Harlez. Die suffocative Laryngitis bei Varicellen. (De la laryngite suffocante varicelleuse.)** *Indépendance méd. 14. Juli 1897.*

Die Varicellen, die im Allgemeinen als das Gutartigste der acuten Exantheme und das Unschuldigste in Bezug auf seine Complicationen anzusehen sind, können doch von Seiten des Kehlkopfs erhebliche Zufälle herbeiführen. Die varicellöse Laryngitis ist eine der schwersten aller secundären Laryngitiden.

Von 4 Fällen, über die Verf. berichtet, die einzigen bisher in der Literatur bekannten, endigten 3 tödtlich, auch der 4. wurde nur durch schleunige Tracheotomie gerettet.

Die gewöhnlichen Symptome sind: Rauher Husten, belegte Stimme, Stridor, Erstickungsanfälle, Asphyxie, dieselben also, die man beim Croup d'emblée sieht.

Die schweren Glottiskrämpfe, die man bei dieser Form der Laryngitis beobachtet, scheinen allein durch die Anwesenheit eines oder mehrerer varicellöser Bläschen in der Regio subglottica verursacht zu sein.

Die Tracheotomie oder die Intubation sind die einzig wirksamen Behandlungsmittel.

PAUL RAUGÉ.

103) **Stankowski. Zwei Fälle von acutem Larynxödem nach Jodkaligebrauch.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1897.*

In dem einen Falle trat das Oedem nach 5 Tagen und Verbrauch von 12,0 Jodkali auf und war halbseitig, in dem andern Falle aber erst nach längerem und zwar wiederholtem Gebrauch.

SCHECH.



104) A. Baurowicz. **Zur Aetiologie der sogenannten Chorditis vocalis inferior hypertrophica. (W sprawie etyologii tak zwanej chorditis vocalis inferior hypertrophica.)** *Przeglad lekarski. No. 47, 48, 49, 50. 1897.*

Auf Grund einer genauen kritischen Besprechung der bezüglichen Literatur und besonders der in letzter Zeit veröffentlichten Arbeiten von Sokolowski und Kuttner, sowie auf Grund seiner eigenen Erfahrung, glaubt Verf., dass die sog. Laryngitis hypertrophica hypoglottica in der Majorität der Fälle sich als Sclerom darstellt. Die Sokolowski'schen Fälle sollen Ausnahmefälle bilden und seine Ansichten bedürfen noch der Bestätigung. SOKOLOWSKI.

105) **Cheval** und **Rousseaux. Ueber die ersten Zeichen der Larynxtuberculose. (Des premiers signes de la tuberculose du larynx.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 29 u. 30. 1897.*

Vergl. Bericht über die Sitzung der Belg. Oto-laryngologischen Gesellschaft am 18. Juli 1897. BAYER.

106) **Cheval. Behandlung der Larynx- und Pharynxtuberculose. (Traitement de la tuberculose du larynx et du pharynx.)** *Journal de Méd. de Bruxelles. No. 7. 1897.*

Kurze kritische Besprechung des heutigen Standpunktes der Behandlung der Larynx- und Pharynx-Tuberculose. BAYER.

107) **Goris. Vorläufige Mittheilung bezüglich der chirurgischen Behandlung der Larynxtuberculose im Anfangsstadium. (Note préliminaire concernant le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx prise au début.)** *La Presse Méd. Belge. No. 14. 1897. Journ. Méd. de Bruxelles. No. 13. 1897.*

G. hat zwei Fälle tuberculöser Larynxgeschwüre, der eine: kleine Ulceration der Schleimhaut des linken Aryknorpels, der andere: Chorditis unilateralis mit Schwellung rechts, und kleine stecknadelknopfgrosse Ulceration der Arytaenoidalfalte einige Millimeter oberhalb der Insertion des rechten Stimmbandes, — folgender Weise operativ behandelt:

Tracheotomie mit Einführung der Trendelenburg'schen Canüle; Thyrotomie mit gründlicher Curettage und Ausbrennen mittelst des Thermokauter.

Heilung in beiden Fällen perfect.

G. ist der Ansicht, dass die Thyrotomie eine wenig schwere Operation, dagegen das rationellste Verfahren zur Bekämpfung der Larynxtuberculose sei, besonders angesichts der Unwirksamkeit der gewöhnlichen Therapie und Schwere der Krankheit, welche rasch und fataliter den Tod herbeiführe (?). BAYER.

108) **O. Chiari** (Wien). **Angeborene membranöse Faltenbildung im hinteren Glottisantheile.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 25. 1897.*

Ein 15jähriges Mädchen gab an, seit Kindheit heiser zu sein. Das laryngoskopische Bild zeigte bei ruhiger Athmung an der Vorderfläche der hinteren Larynxwand im Niveau der Stimmbänder eine halbmondförmige, rechte, nach aussen sich symmetrisch verschmälernde Falte. Beim Phoniren zwängte sich diese Membran in Form einer Falte zwischen die beiden Aryknorpel durch die

Glottis hindurch. Entfernung dieser Membran mit der Landgraf'schen Curette. Der äusserst genaue histologische Befund stimmt mit der Annahme einer congenitalen Bildung völlig überein. Veranlassung zur Publication gab der abnorme Sitz dieser Anomalie. Ch. sah früher nie einen solchen Fall, noch auch fand er in der Literatur darüber Erwähnung. Autoreferat.

109) **Taran. Zwei Fälle aus der laryngologischen Praxis. (Dwa slutschaja is laringol. praktiki.)** *Woenno Med. Journal. September 1897.*

1. Nadel im linken Sinus pyriformis; wurde erst sichtbar nach Entfernung von Granulationen. Liess sich unschwer herausholen.

2. Diaphragmatische Stenose des Larynx. Es handelte sich um eine 46-jährige Frau, die seit 15 Jahren an Athembeschwerden litt. In der Anamnese nur eine diphtherische und croupöse Erkrankung in der Kindheit.

Nur im hinteren Abschnitt des Diaphragma eine Oeffnung, welche kaum für einen elastischen Catheter No. 8 der englischen Scala durchgängig ist. Durch allmähliche Erweiterung vermittelst Bougirung gelang es, die Athemnoth vollständig zu heben. Wie verhielt es sich mit der Stimme? Nach wie langer Behandlung trat Besserung ein? (Ref.) P. HELLAT.

110) **Mehrer** (Sniatyn). **Schwere Halsverletzung. Heilung.** *Wiener medicin. Wochenschr. No. 37. 1897.*

Selbstmordversuch mit einem Schnitte, der u. A. den Kehldeckel vom Kehlkopfe abtrennte, den Oesophagus quer vollkommen durchschnitt, die grossen Gefässe aber nicht verletzte. Tracheotomie, sorgfältige Vernähung der Wundränder, Ernährung durch das Schlundrohr, das jedoch schon nach 24 Stunden, von dem ungeberdigen Patienten energisch gefordert, entfernt werden musste. Patient lehnte auch jeden weiteren ärztlichen Handgriff ab. Nach 14 Tagen Wunde verheilt, Pat. athmet, spricht und isst wie vor der Verletzung.

CHIARI.

111) **J. Platt. Die Behandlung von Wunden der Luftwege. (The treatment of wounds of the air passages.)** *Brit. Med. Journ. 8. Mai 1897.*

Bericht über 35 Fälle; bei 10 von ihnen waren die oberen Luftwege verletzt. Wichtig ist die primäre Naht. Chloroform empfiehlt sich am meisten als Anaestheticum. Die Wunde der Luftwege soll vollständig geschlossen werden. Die Einlegung der Tracheotomiecanüle ist nicht immer nothwendig, dieselbe soll durch einen frischen Schnitt eingeführt werden. Zur Ligatur wird am besten Seide genommen. Die Ernährung durch den Magenschlauch oder per rectum ist nur in besonderen Fällen nothwendig. ADOLPH BRONNER.

112) **A. F. Miller. Zwei Wirbelknochen vom Huhn verschluckt und 2 Jahre später in einem Hustenanfall mit Erbrechen ausgeworfen. (Two vertebral of a chicken swallowed and ejected two years later in a fit of vomiting.)** *Med. Herald. Januar 1897.*

Die Patientin litt an Husten und Dyspnoe und magerte ab. Vorn hinter dem Sternum bestand von der 3. bis 5. Rippe Dämpfung und Rasseln beim Inspirium.

Nachdem der Knochen ausgeworfen war, wurde eine grosse Menge Eiter entleert. Die Pat. starb einen Monat darauf; die Section wurde nicht gemacht.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

113) **Schiffers. Fremdkörper der Luftwege. (Corps étrangers des voices respiratoires.)** *Annales de la Société Méd. Chir. de Liège. No. 2. 1897.*

Bei einem Knaben von 3 Jahren war ein Stück einer Fischwirbelsäule in den Kehlkopf eingedrungen und hatte die Tracheotomie benöthigt. Der Fremdkörper hatte die Form eines Hufeisens und war im sagittalen Durchmesser von vorn nach hinten zwischen die Glottis eingeklemmt. Es gelang Sch. denselben mit einer Zange zu mobilisiren und seine Ausstossung zu bewirken. BAYER.

114) **W. G. Winner. Ein Fall von Fremdkörper im Kehlkopf. (Report of a foreign body in the larynx.)** *University Med. Magazine. Februar 1897.*

Einer Nähterin gerieth eine Nadel in den Kehlkopf; 1 Stunde danach sah man dieselbe, mit dem Kopf nach unten, in der linken Plica aryepiglottica liegen und entfernte sie mit der Zange. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

115) **J. F. Thompson** und **F. Leech. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *National Med. Review. April 1897.*

3 Krankengeschichten. In 2 Fällen mussten Kinder von $1^1/_2$ und 3 Jahren tracheotomirt werden behufs Entfernuug eines Melonenkerns. Der 3. Fall betraf eine 45jährige Frau, der seit 4 Monaten 2 Hühnerknöchelchen im rechten Bronchus steckten. Die Frau erschien auf Tuberculose verdächtig, bis schliesslich die Knochenstücke ausgehustet wurden. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

116) **T. L. Archer. Ein Fall von Fremdkörper im Bronchus. (A case of foreign body in a bronchus.)** *Lancet. 24. April 1897.*

5jähriger Knabe mit Fieber, Husten und Dämpfung über dem unteren Theile der linken Lunge. Nach 14 Tagen hustet derselbe ein Stück Nuss mit reichlichem Eiter aus. Heilung. Das Kind hatte 14 Tage vor seiner Erkrankung Nüsse gegessen. ADOLPH BRONNER.

117) **L. Marshall. Ein Fall von Fremdkörper im linken Bronchus. (Case of foreign body in left bronchus.)** *Brit. Med. Journal. 8. Mai 1897.*

$4^1/_2$jähriges Kind verschluckte ein Stück Schieferstift. 24 Tage lang bestanden Symptome von Seiten der Brust; dann wurde der Fremdkörper ausgehustet. Derselbe war übrigens durch X-Strahlen nicht nachweisbar gewesen.

ADOLPH BRONNER.

118) **Kollofrath. Entfernung eines Knochenstückes aus dem rechten Bronchus auf natürlichem Wege und unter Anwendung der directen Laryngoskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1897.*

Killian in Freiburg gelang es nach grossen Schwierigkeiten bei stark nach rechts rotirtem Rumpf, gesenkter linker und gehobener rechter Schulter und ausgiebiger Linksdrehung des Kopfes die Bifurcation und im rechten Bronchus den in Schleim eingehüllten Fremdkörper zu sehen und zu extrahiren. SCHECH.

119) **L. Szuman. Zur Casuistik der Tracheotomie bei Fremdkörpern in den Luftwegen. (Przyczynek do tracheotomji w celu wydobycia ciała obcego z oskrzeli.)** *Nowiny lekarskie. No. 4. 1897.*

Ein 9jähriger Knabe hatte 5 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik eine kleine Zinnpfeife verschluckt. Der Knabe behauptete, dass er die Pfeife im Halse fühle. Sie hinderte ihm beim Essen und verursachte Hustenreiz, Athemnoth und Beklemmung, die allmählich an Intensität zunahmen. Bei der Untersuchung wurde die Stimme klar und rein wahrgenommen. Laryngoskopisch normaler Befund. Die Untersuchung des Oesophagus mit der Sonde ergab nichts abnormes. Die Untersuchung der Lungen ergab links Erscheinungen einer katarrhalischen Entzündung, rechts normaler Befund. Temperatur 39,8°—40,0°. Verf. vermuthete, dass die Pfeife in der Trachea und wahrscheinlich im Anfange des linken Bronchus ihren Sitz eingenommen habe. Der Knabe wurde tracheotomirt; die jetzt vorgenommene Sondenuntersuchung entdeckte im linken Bronchus einen harten Gegenstand, welcher nach einem starken Hustenstosse aus der Wunde herausgenommen wurde und sich als eine 2,4 cm lange und 1 cm breite Zinnpfeife herausstellte. Nach 14 tägigem Aufenthtlt wurde der Knabe gesund entlassen.

v. SOKOLOWSKI.

120) **L. Szuman** (Thorn). **Beitrag zur Tracheotomie behufs Extraction eines Fremdkörpers aus den Bronchien** *Allgem. Wiener medicin. Zeitung. No. 24. 1897.*

Verf. räth in allen Fällen, bei welchen ein Fremdkörper im Bronchus sitzt, nicht ausgehustet werden kann und Entzündungserscheinungen vorhanden sind, zur Tracheotomie und verwirft jede abwartende Behandlung.

CHIARI.

121) **Sevestre. Intubation und Tracheotomie. (Tubage et trachéotomie.)** *Société de Therapeutique. 27. Januar 1897.*

Verf. zieht im Allgemeinen die Intubation der Tracheotomie vor, doch nur unter der Bedingung, dass der Kranke unter der Aufsicht eines mit der Intubation vertrauten Arztes verbleibt. Im anderen Falle ist es besser, zur Tracheotomie zu greifen.

PAUL RAUGÉ.

122) **G. Baudrand. Kehlkopfulcerationen nach der Intubation. (Des ulcerations laryngées consécutives au tubage.)** *Thèse de Paris. 1897.*

B. verfügt über 21 Fälle von Complication der Intubation durch Kehlkopfulcerationen. Diese haben ihren Sitz an der vorderen Wand des Ringknorpels oder unterhalb der Basis der Aryknorpel. Sie sind verschieden tief und von wechselnder Grösse, je nach dem Grade des durch die Tube ausgeübten Druckes und der Entzündung der Schleimhaut. Ihre Folgen sind Aphonie, später Glottiskrämpfe und vor allem Verengerung des Larynx. In Fällen dieser Art muss die Intubation abgebrochen und die Tracheotomie gemacht werden.

A. CARTAZ.

123) **v. Bókay** (Budapest). **Die Intubation als ein die Tracheotomie unterstützendes Verfahren.** *Arch. f. Kinderheilk. XXIII. Bd. 4.—5. H. 1897.*

B. empfiehlt dringend, bei vorzunehmender Tracheotomie zuerst zu intubiren, da hierdurch der drohenden Asphyxie vorgebeugt und die Möglichkeit gegeben

wird, auch in schwersten Fällen langsam vorzugehen und die Trachea ohne störende Complicationen in Ruhe zu eröffnen; beim Anschneiden der Trachea wird der Tubus am Fixationsfaden per os entfernt.

SEIFERT.

124) **K. Richardière** (Paris). **Die Intubation bei anhaltendem Glottiskrampf nach der Tracheotomie. (Le tubage dans le spasme de la glotte persistant après la trachéotomie.)** *Bulletin Médical. 2. Mai 1897.*

Die Intubation ist gegenwärtig die bevorzugte Methode bei allen Formen von Kehlkopfstenose des Kindes, sei dieselbe diphtheritischer Natur oder durch Glottiskrämpfe irgend welcher Art bedingt.

Die Tracheotomie indess ist ausnahmsweise nothwendig:

1. wenn die Intubation bei wiederholtem Versuche missglückt oder die Tuben, lange wie kurze, vom Kranken ausgestossen werden.
2. wenn es nach mehrtägigem Liegen der Tube nicht gelingt, die Tube zu entfernen, ohne dass Stickanfälle auftreten.

In dem letztgenannten Falle, der gar nicht selten ist, handelt es sich um einen Glottiskrampf in Folge von laryngealen Ulcerationen oder in Folge einer besonderen nervösen Reizbarkeit des Kranken. Der Verf. bezeichnet diese Kinder, die man nicht detubiren kann, ohne Asphyxie zu riskiren, als „Tubards“.

Dasselbe kommt nach der Tracheotomie vor. Es giebt Tracheotomirte, die einen Erstickungsanfall bekommen, sobald man versucht, ihre Canüle zu entfernen. Dies dauert Monate, manchmal Jahre hindurch fort. Verf. spricht in solchen Fällen von „Canulards“. Dann muss die Intubation ihrerseits der Tracheotomie zu Hülfe kommen. Der anhaltende Glottisspasmus hört alsbald auf bei Einführung der Tube, die wahrscheinlich durch Dilatation der Glottis wirkt.

Den Beobachtungen von Levrey, Hays, Carl Schlatter, Kroenlein und Gampert fügt Verf. einen eigenen Fall hinzu, bei dem die Anwendung einer langen Tube, welche 2 mal 5 Tage liegen blieb, das Verschwinden des Krampfes herbeiführte. Das betreffende Kind war 31 Tage vorher tracheotomirt worden und war in dem Grade „Canulard“ geworden, dass der blosse Versuch, die Canüle zu entfernen, jedesmal die bedrohlichsten asphyctischen Erscheinungen auslöste.

PAUL RAUGÉ.

125) **Joseph O'Dwyer. Zurückgehaltene Intubationstuben. (Retained intubation tubes.)** *N. Y. Med. Record. 29. Mai 1897.*

Verf. giebt mehrere Gründe für die Verstopfung: Lähmung oder Trauma; eine Tube, die zu gross für den Patienten oder ungeschickt eingeführt ist; und schliesslich subglottische Infiltration.

Die europäische Gewohnheit, so bald zur Tracheotomie Zuflucht zu nehmen, wenn die Tube nicht Heilung bringt, kann Verf. nicht verstehen. Es ist leicht, die für den einzelnen Fall geeignete Tube zu finden. Für Fälle mit Infiltration hat Verf. besondere Tuben construirt mit einem verdickten Ende, dass die Schwellung zurückhält. Man soll die Tube nach der Grösse des Kindes wählen; das Alter ist gleichgültig.

LEFFERTS.

126) **J. Bartlett. Bericht über den Fortschritt der magnetischen Extraction der Intubationsröhren. (Notes on the progress of the magnetic extraction of intubation tubes.)** *Chicago Clinical Review. April 1897.*

B. stellt fest, dass die Methode zwar überall den besten Erfolg gehabt hat, dass sie aber trotzdem wenig Verbreitung findet wegen der Kosten der Apparate und auch wegen des grossen Gewichts der Batterie und des Magneten.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

127) **Bauer** (Budapest). **Eine Modification der O'Dwyer'schen Tuben.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XLIV. 2. 3. 1897.*

Aus Corrosionspräparaten der Trachea kam B. zu der Anschauung, dass bei der gegenwärtigen Form der Tuben der Bauch derselben gerade in die Abknickungsstelle der Kehlkopftrachealachse, dem engsten Theil, zu liegen kommt und hier Decubitus verursacht. Seine neueren Tuben sind entsprechend den Corrosionsgegenden in ihrer Längsachse nach rückwärts abweichend, sie liegen freier, die bauchartige Vorwölbung um 4—5 mm tiefer als die bisher angegebenen Tuben und sind behufs leichterer Extubation auch etwas kürzer.

SEIFERT.

128) **Louis Fischer. Verbesserter Intubator zur Behandlung von Kehlkopfstenosen. (An improved intubator for the relief of laryngeal stenosis.)** *N. Y. Med. Record. 19. Juni 1897.*

Die verbesserten Tuben sind aus vulcanisirtem Hartgummi gearbeitet. Ihr Lumen ist glatt, während die Aussenseite mit Rinnen versehen ist. Dadurch wird die Tube selbsthaltend und das Aushusten vermieden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **A. Geddes. Verbesserte Trachealzange. (Improved trachea forceps.)** *Brit. Med. Journal. 8. Mai 1897.*

Abbbildung einer langen, dünnen, gebogenen Zange, die bei Bayley, Oxfordstreet zu haben ist.

ADOLPH BRONNER.

f. Schilddrüse.

130) **Redact. Notiz. Die Function der Schilddrüse. (The function of the thyroid gland.)** *New York Polyclinic. 15. Mai 1897.*

Nicht Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

131) **L. Lichtwitz** und **J. Sabrazès** (Bordeaux). **Heilung eines substernalen Kropfes durch Schilddrüsenbehandlung kurz vor der beabsichtigten Operation. (Guérison par le traitement thyroidien d'un goître plongeant à la veille d'être opéré.)** *Bulletin médical. 31. Januar 1897.*

23jähriger Mann seit 1895 an einem etwa nussgrossen Kropf leidend, der sich unter das Sternum fortsetzt und sehr starke dyspnoische Störungen verursacht. Die Jodbehandlung (2—3 g Jodkali pro die) war ohne Nutzen geblieben. Am 1. December 1896 wurde mit der Thyroidtherapie begonnen (Pat. erhielt 0,5 cg der Substanz der Schafsschilddrüse täglich in Form von Glycerinextract

oder ein Tabloid von 0,3 cg). Nach 8 Tagen schon zeigte sich eine Besserung der functionellen Störungen noch vor der Abnahme des Tumors selbst. Die letztere begann gegen den 15. Tag und führte innerhalb 5 Wochen zum völligen Verschwinden der Geschwulst. Das Fehlschlagen der Jodbehandlung im Verein mit dem Erfolg der Thyroidtherapie erweist, dass der letztere nicht allein — wie Kocher annimmt — durch das Vorhandensein von Jod im Schilddrüsenextract verursacht ist.

PAUL RAUGÉ.

132) **A. C. Bernays. Ein Fall von Kropf geheilt durch interne Medication. (A case of goitre cured by internal medication.)** *International Journ. of Surgery. Mai 1897.*

B. gab Jodothyrin.

FROTHINGHAM (LEFFERTS)

133) **Doubre. Die chirurgische Behandlung der Kröpfe. (Le traitement chirurgical des goitres.)** *Bulletin médical. 20. Januar 1897.*

D.'s Arbeit handelt von den gutartigen Kröpfen, einschliesslich des Kropfes bei Basedow'scher Krankheit, der einfachen Hypertrophie der Schilddrüse und der Adenome.

Dank der Sicherheit, die die vollendete Antisepsis und die Leichtigkeit der Blutstillung heute gewährt, tritt die blutige Operation mehr und mehr an die Stelle der medicamentösen Behandlung und der Methoden der conservativen Chirurgie (Punction, Cauterisation, Injection von differenten Flüssigkeiten).

Trotz des Protestes von Rossander auf dem Congress in Berlin (1880) und trotz der günstigen Resultate, die Krönlein 1892 veröffentlichte, muss die totale Thyroidectomie definitiv verworfen werden. Sie setzt den Kranken nicht nur den späteren Gefahren der Cachexia strumipriva, sondern auch unmittelbaren cerebralen Zufällen (acute Manie, Tetanie) aus.

An die Stelle der totalen Exstirpation sind deshalb eine Reihe von partiellen Operationen gesetzt worden, bei denen man einen Lappen der Drüse oder mindestens Reste derselben zurücklässt, es sind dies: die partielle extracapsuläre Thyroidectomie, die intraglanduläre Enucleation (Strumectomie), die Exothyropexie und schliesslich die massive Enucleation nach Poncet.

Die Indicationen für diese verschiedenen Operationsmethoden sind folgende. Für die massiven und sehr gefässreichen Hypertrophien, für alte, sehr entzündete und an ihrer Kapsel stark adhärirende Kröpfe eignet sich die partielle Thyroidectomie. Die Enucleationen passen für die gewöhnlichen Kröpfe. Die Exothyropexie passt für die enormen, fleischigen, gefässreichen Kröpfe, die besonders durch ihr Volumen belästigen und deren Luxation keine Gefahr bietet, während ihre Enucleation unmöglich und ihre Excision ausserordentlich gewagt wäre. Die einfache Bloslegung bleibt für die Kröpfe, die eine retrotracheale Fortsetzung haben oder ringförmig sind, so dass ihre Luxation eine Abknickung des Luftweges verursachen könnte.

Ein Resumé der operativen Indicationen entnimmt Doubre der These von Bérard (Therapeutique chirurgicale des goîtres 1897). Er schliesst übereinstimmend mit diesem Autor, dass die passend gewählten Operationen, die sich

gegen den Kropf als solchen richten, wenn sie auch bei der Basedow'schen Krankheit nicht sicher gegen anatomische oder functionelle Recidive schützen, doch bei den gewöhnlichen gutartigen Kröpfen als definitiv heilend anzusehen sind; denn selbst wenn sich in den zurückgelassenen Drüsentheilen eine gewisse Gewebsvermehrung geltend macht, so steigert sich diese doch nur unter ausnahmsweisen Verhältnissen so, dass die Phonation oder die Athmung gestört wird.

Was die von Abadie und Jonnesco für den Morbus Basedowii empfohlene doppelseitige Durchschneidung des Halssympathicus anlangt, so hält es Verf. für rathsam, sein Urtheil auszusetzen, bis weitere Erfahrungen die Unschädlichkeit und Wirksamkeit der Methode erwiesen haben.

Am Schluss seiner Arbeit schildert D. in sehr sorgfältiger Weise die topographische Anatomie der Schilddrüsengegend, deren genaueste Kenntniss für den chirurgischen Eingriff erforderlich ist, und die Technik der verschiedenen oben genannten Operationen.

PAUL RAUGÉ.

134) **Potain** (Paris). **Basedow'sche Krankheit. (Le goitre exophthalmique.)** *Independance médicale. 20. Januar 1897.*

Eine klassische Beschreibung der Basedow'schen Krankheit mit ihrer bekannten Symptomen-Trias (Exophthalmus, Kropf, Herzstörungen), dem charakteristischen Zittern der Hände (Regelmässigkeit, Frequenz, Andauern in der Ruhe), den Störungen der Secretion (Schweisse) und der Vasomotoren (Wärmegefühl) und der Verminderung des electrischen Widerstandes.

Bezüglich der Pathogenese der Krankheit stellt sich Verf. auf den Standpunkt der Theorie von der Hyperthyroidation des Organismus und der Blutvergiftung mit Secretionsproducten der in ihrer Function alterirten Schilddrüse.

Die Behandlung anlangend bekennt Verf. sich als Gegner der Thyroidectomie, die wirkliche Gefahren birgt, und betont den Nutzen des constanten Stroms und der Hydrotherapie.

PAUL RAUGÉ.

135) **T. W. Hays. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Ohio Med. Journal. April 1897.*

Klinische Vorlesung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

136) **C. J. Kerley. Basedow'sche Krankheit anscheinend geheilt durch den Gebrauch von Thyroidextract. (Exophthalmic goitre apparently cured by the use of thyroid extract.)** *N. Y. Med. Record. 29. Mai 1897.*

Krankengeschichte eines Falles.

LEFFERTS.

137) **Lejars** (Paris). **Basedow'sche Krankheit. Partielle Thyroidectomie. Schneller Tod. (Goitre exophthalmique. Thyroidectomie partielle. Mort rapide.)** *Société de chirurgie. 10. Februar 1897.*

Typische Basedow'sche Krankheit bei einem jungen Mädchen von 18 Jahren. Abtragung des rechten Lappens der Schilddrüse ohne grössere Blutung und ohne sonstige Störung. Am Abend nach der Operation wird die Kranke plötzlich stark dyspnoisch und stirbt. Die Section ergiebt keinerlei Organveränderung, die diesen

Exitus zu erklären vermöchte. Verf. deutet ihn als Vergiftungstod durch Intoxication mit Schilddrüsensaft.

Quénu berichtet über einen Fall, der wegen der Schwierigkeiten der Operation und der Stärke der Blutung bemerkenswerth ist.

Tillaux nimmt zwei verschiedene Formen von Basedow'scher Krankheit an: Die medicinische Form, die in einfacher Hypertrophie der Schilddrüse besteht und die für operative Eingriffe nicht geeignet ist, und die chirurgische Form, bei der eine Geschwulst der Thyroidea vorliegt, deren Enucleation gute Resultate ergiebt.

PAUL RAUGÉ.

138) **Schwartz** (Paris). **Chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement chirurgical du goitre exophthalmique.)** *Société de Chirurgie. 3. März 1897.*

Ein Fall von Tumor innerhalb der Schilddrüse, in dem die Symptome der Basedow'schen Krankheit mit vorgeschrittener Cachexie sich ausbilden. Intraglanduläre Ausspülung der Geschwulst; heftige Blutung. Der Patient ist von seinem Tumor und gleichzeitig von den Basedow'schen Symptomen befreit.

Tuffier (Paris) stellt 2 Fälle von Basedow'scher Krankheit vor, die durch partielle Thyroidectomie geheilt resp. gebessert sind.

Poncet (Lyon) hebt die acuten Allgemeinstörungen hervor, die häufig in Fällen von Basedow'scher Krankheit nach Operationen an der Thyroidea auftreten. Es handelt sich wahrscheinlich um eine subacute Vergiftung durch Eintritt von Schilddrüsensaft ins Blut im Moment der Operation. P. ist deshalb kein Anhänger der blutigen Operation bei Basedow'scher Krankheit. Er zieht die doppelseitige Resection des Sympathicus nach Jaboulay vor.

PAUL RAUGÉ.

139) **Dobrowsky. Die Schilddrüsenverordnung bei Kindern. (Thyroid medication in infancy.)** *N. Y. Med. Record. 19. März 1897.*

Tabloids mit einem Gehalt von 35 Centigramm der activen Substanz können Kindern gegeben werden; $^1/_2$ Tabloid bildet die Tagesdose während der 1. Woche der Behandlung bei Kindern unter 2 Jahren; ältere können 1 bis 2 Tabloids bekommen. Während der Cur wird Gewichtsverlust, Tachycardie ohne Palpitationen und gesteigerter Durst mit vermehrter Diurese häufig constatirt. Bei parenchymatösem Kropf bewirkte das Mittel schnelle Verkleinerung der Geschwulst; das Maximum der Abnahme wird am Ende der 3. Woche verzeichnet.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

140) **Merkel** (Stuttgart). **Ueber Oesophagoskopie.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württ. ärztl. Landesver. 29. 1897.*

Besprechung der ösophagoskopischen Methoden.

SEIFERT.

141) **Kelling. Endoskopie für Speiseröhre und Magen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 34. 1897.*

K. hat ein gegliedertes Oesophagoskop construirt, welches durch Zug und

Drehung streckbar und dessen Beschreibung im Original nachzusehen ist. Für die Betrachtung dient entweder Leiter's Panelektroskop oder die Kasper'sche Handlampe, welche die eine Hälfte des unteren Endes der Röhre deckt. Contraindicationen für die Oesophagoskopie sind alle diejenigen Processe, welche eine Sondirung der Speiseröhre und die Streckung derselben ausschliessen, wie fortgeschrittene Carcinome, Blutungen, grosse Enge der Speiseröhre, Aneurysma etc.

SCHECH.

142) **J. Boice. Eine Oesophagotomie. (An oesophagotomy.)** *Denver Medical Times. Juni 1897.*

Aeussere Oesophagotomie zur Entfernung eines Elfenbeinknopfes, der drei Tage lang im Oesophagus eines 15 Monate alten Kindes gesteckt hatte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

143) **L. Monnaie. Oesophagotomie bei einem Kinde zur Extraction einer mittelst Radiographie diagnosticirten Münze. (Oesophagotomie chez un enfant pour extraire une pièce de monnaie diagnostiquée par la radiographie.)** *Acad. de Méd. 17. August 1897.*

Das 5jährige Kind hatte die Münze im Juli 1896 verschluckt. Das Radiogramm zeigte dieselbe in der Höhe des Raums zwischen 3. und 4. Brustwirbel festsitzend.

Mittelst der Oesophagotomie konnte man direct bis zu der Münze vordringen, so dass dieselbe mit der Pincette erfasst und entfernt wurde. Der Heilungsverlauf war glatt; nach 14 Tagen bestand keine Secretion aus der Oesophaguswunde mehr.

PAUL RAUGÉ.

144) **W. Pepper** und **D. L. Edsall. Tuberculöser Verschluss des Oesophagus mit partieller krebsiger Infiltration. (Tuberculous occlusion of the oesophagus with partial cancerous infiltration.)** *Americ. Journal Medical Sciences. Juli 1897.*

Verf. berichtet über den klinisch und pathologisch gleich interessanten Fall, in dem die beiden Processe nebeneinander bestanden. Die Krankheit erschien ursprünglich als tuberculöse, während der Krebs erst nachträglich die bereits vorhandene Stenose infiltrirte. Syphilis und Trauma waren ausgeschlossen. Verf. giebt eine vorzügliche Zusammenstellung der vorhandenen Literatur.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

145) **Charles Levi. Grosser secundärer Epitheliomknoten in der Haut nach Generalisirung eines Oesophaguscarcinoms. (Gros nodule epithéliomateux de la peau secondaire à un cancer de l'oesophage généralisé.)** *Soc. anatom. Paris. p. 701. 31. Juli 1897.*

Von Interesse ist nur die ausserordentlich seltene Localisation der Krebsmetastase in der Haut.

A. CARTAZ.



II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Felix Blumenfeld (Wiesbaden). **Specielle Diätetik und Hygiene der Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen.** Berlin 1897. A. Hirschwald.

Diese vorzügliche kleine Monographie sei der Aufmerksamkeit aller Fachgenossen warm empfohlen. Der Verfasser hat in mehrjähriger Thätigkeit an der Heilanstalt Falkenstein im Taunus Erfahrungen in der Detailbehandlung und Diätetik der Lungen- und Kehlkopftuberculose gewonnen, wie sie eben nur in einer Specialanstalt zu gewinnen möglich sind und die er nunmehr dem ganzen ärztlichen Stande zu Gute kommen lässt. Das ist ein äusserst dankenswerthes Unternehmen und seine Lösung ist dem Verfasser glänzend gelungen. Die Häufigkeit der Krankheit, die Länge ihrer Dauer, die Hartnäckigkeit einzelner ihrer Symptome und Complicationen, die Nothwendigkeit zu lindern, selbst wenn man nicht heilen kann, die Möglichkeit, in manchen Beziehungen — speciell mit Bezug auf die Verdauung — direkt zu schaden, während man in anderen nützt, die hieraus sich so oft ergebende Nothwendigkeit eines öfteren Wechsels in der Diätetik und den Heilmitteln, die Fragen der Ernährung, der Körperpflege, des Berufs, der Ehe — alle diese Punkte machen es wünschenswerth oder vielmehr nothwendig, Detailkenntnisse über ihre specielle Diätetik und Hygiene zu besitzen. Ueber alle einschlägigen Fragen giebt das Büchlein werthvolle Aufschlüsse. Es ist durch und durch vernünftig, d. h. mit Vermeidung aller Schrullen und Vorurtheile, geschrieben und es lässt sich viel aus ihm lernen. Felix Semon.

---

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. April 1897.

Vorsitzender: Charters Symonds, F. R. C. S.

Pegler: Recidivirende dendritische Hyperplasie der linken unteren Muschel.

Vorstellung eines 13jährigen Kindes mit adenoiden Wucherungen und lappiger Hypertrophie der unteren Muscheln. Die letzteren wurden mit der kalten Schlinge in 4 Sitzungen, jedesmal anscheinend vollständig entfernt. Während der Woche, die auf jeden Eingriff folgte, stellte sich der frühere Zustand wieder her; die mikroskopische Untersuchung (Redner legt ein Präparat vor) ergab, dass in den 7 Tagen alle charakteristischen Theile einer hypertrophischen Schleimhaut, einschliesslich der Drüsen und Buchten, sich neu gebildet hatten. Eine fünfte Operation scheint den Process zum Stillstand gebracht zu haben.

Pegler: Fibrom des Stimmbands.

Vorstellung eines 40jährigen Patienten mit einem kleinen gestielten Tumor nahe dem vorderen Ende des paretischen rechten Stimmbandes.

Tilley meint, dass für die Unbeweglichkeit des Stimmbandes eine andere Ursache vorliegen müsse als das Vorhandensein der frei beweglichen kleinen Geschwulst.

Auch Semon betont, dass Bewegungsstörungen, die für die Frühdiagnose der malignen Erkrankung ein so wesentlicher Punkt seien, bei den Frühstadien benigner Tumoren nahezu stets fehlen.

de Santi: Tuberculöse Infiltration und Ulceration des weichen und harten Gaumens.

Der 44jährige Mann empfand zuerst um Weihnachten Schmerzen; bald trat Schwellung hinzu. 1 Monat später traten Flecke und serpiginöse Ulcerationen auf. Da tuberculöse Belastung nicht vorlag, wurde Jod gegeben. Der Zustand verschlechterte sich aber. Die Geschwüre wurden nun ausgekratzt und mit Milchsäure geätzt. Die Beschwerden der Dysphagie haben sich jetzt noch verstärkt. Im eitrigen Belag der ulcerirten Flächen sind Tuberkelbacillen gefunden worden. Die Lungen sind gesund.

de Santi: Tuberkel oder Lupus des weichen Gaumens und Zäpfchens.

36jährige Frau, die seit 1 Jahr an Schmerzen und Schwellung des weichen Gaumens und des Zäpfchens leidet. Cauterisation, Auskratzung und Milchsäurepinselung brachte keine Besserung. Es bildeten sich von Neuem kleine tuberculöse Knötchen, deren Eiter Tuberkelbacillen enthielt.

Semon empfiehlt steigende Dosen von Arsen und, wenn diese versagen, Tuberculin.

Furniss Potter: Doppelseitige Abductorenlähmung.

36jähriger Mann mit Stridor; die Dyspnoe besteht seit 1 Jahr. Die Spiegeluntersuchung ergab linksseitige Posticuslähmung, rechts denselben Zustand in geringerem Grade. Auf eine intrathoracale Erkrankung weisen die Dilatation der Venen unterhalb der linken Clavicula, ein Dämpfungsbezirk daselbst, das Fehlen der Stimmresonanz und abgeschwächtes Athemgeräusch über der linken Spitze hin. Die Anamnese ergiebt eine syphilitische Infection vor 12 Jahren. 1894 ist die Tracheotomie gemacht worden. Der Pat. giebt an, dass alle paar Wochen die Anfälle von Dyspnoe zunahmen, dann eine gewisse Menge gelber Massen ausgehustet wurde und die Symptome sich besserten. Jodkali brachte keine Besserung. Eine Erklärung der rechtsseitigen Parese ist schwer zu geben.

Hall und Semon machen darauf aufmerksam, dass wenn der Pat. längere Zeit phonirt und dann inspirirt, dann eine deutliche Abductionsbewegung zu sehen ist.

Bowlby nimmt bei der Schwierigkeit, die eine Erklärung der gesammten

Erscheinungen durch intrathoracischen Druck hat, das Vorhandensein von medullären Veränderungen und die Möglichkeit späterer tabetischer Symptome an.

Scanes Spicer: Beiderseitige Resection der mittleren Nasenmuscheln, unternommen behufs leichterer Entfernung recidivirender Nasenpolypen.

Der von S. vorgestellte Patient ist ein 31jähriger Mediciner, bei dem die Nasenpolypen beständig recidivirten. Nachdem die obengenannte Operation mit Erfolg ausgeführt war, ergab sich, dass die Polypen aus den Siebbeinzellen hervorwucherten. Sie wurden jetzt bei ihrem Wiederwachsen mit Leichtigkeit entfernt.

Scanes Spicer: Beiderseitige Resection der unteren und mittleren Muscheln wegen dauernder schwerer Störungen bei intranasaler Erkrankung.

Die Patientin, die S. vorstellte, war durch die bekannten Folgestörungen einer nasalen Verstopfung schweren Charakters arbeitsunfähig gewesen. Alle milderen Maassnahmen, die zur Besserung der Nasenkrankheit versucht waren, hatten versagt, sodass sich S. zur Entfernung der 4 Muscheln entschloss. Allgemeine Folgen des Eingriffs zeigten sich nicht; die Besserung aller früheren Symptome dagegen machte sich schnell geltend. Auf eine Anfrage von Charters Symonds erwidert S., dass ein reichlicher eitriger Ausfluss sich nach der Operation einstellte.

Hill: Eine neue Prothese zur Drainage des Antrum.

Hill legt ein Instrument vor, bei dem die Tube, die in das Antrum eingeführt wird, an ihrem unteren Ende mit einer Platte in Verbindung steht, die sich an das Zahnfleisch anfügt.

Bennett: Weiterer Bericht über einen Fall von Nasenverstopfung.

B. theilt mit, dass der Fall, der in der Januarsitzung als (?) Epitheliom vorgestellt wurde, sich später als tuberculös erwies.

Ferner stellt Bennett einen Fall von ziemlich vorgeschrittener maligner Erkrankung des Kehlkopfs mit fast vollständigem Fehlen von Schmerzen vor.

Lack hält den Fall für zu weit vorgeschritten für eine operative Behandlung.

Bennett: Leontiasis.

B. stellt einen Mann von mittleren Jahren vor, der seit 15 Jahren über Nasenverstopfung und Epiphora klagt. Die Nasenknochen waren erheblich verbreitert, der Nasenboden und die seitlichen Wände stark hypertrophisch, die Knochen derselben ebenfalls verdickt.

Watson Williams: Tuberculöse (?) Ulceration der Nasenscheidewand.

Vorstellung einer Frau, bei der W. eine glatte gestielte Geschwulst von



fleischrother Farbe und Haselnussgrösse, die vom Septum ihren Ursprung nahm, entfernt hat. Die mikroskopische Untersuchung zeigte charakteristische Tuberkel. In der Folge breitete sich eine Infiltration aus und jetzt sieht man ein Knötchen bereits an der hinteren Rachenwand. Redner befragt die Gesellschaft darüber, ob man den Fall eher als Tuberculose oder als Lupus auffassen solle.

Grant hält den Process für einen tuberculösen, weil er sich mehr nach hinten ausbreitete, während der Lupus im Allgemeinen auf die knorpligen Theile sich beschränkt.

Dundas Grant: Zeitweise Besserung von erstickungsartigen Anfällen bei einer stark neurotischen Frau durch Galvanocauterisation der varicösen Zungenvenen.

Die locale Anwendung von Adstringentien hatte Besserung der nervösen Symptome gebracht, die Application des Galvanokauters an der Zungenbasis führte zum Aufhören der Suffocationsanfälle. Nach 4 Monaten aber traten die Symptome wieder ein. Jetzt befindet sich die Patientin in einem stark neurotischen Zustande, ihr Puls erreicht gelegentlich eine Frequenz von 118, der Rachenreflex ist deutlich herabgesetzt.

Semon wünscht von Grant eine Erklärung über die Beziehung (wenn eine solche überhaupt vorhanden sei) zwischen dem vorhandenen Zustand der Zungenbasis und den sonstigen Symptomen und Klagen der Patientin. Einen gewissen Grad von Ausdehnung der Venen, wie er hier bestehe, könne man bei ganz gesunden Personen sehen.

Grant erwiedert, dass er in der That die Fülle der Venen für das weniger ausschlaggebende Element in diesem Falle halte und die Wirkungen des Galvanokauters auf die active Gegenreizung beziehe, die ebenso gut an irgend einem anderen Theile des Körpers hätte applicirt werden können. Der Einfluss ist mehr ein psychischer, als ein physikalischer gewesen. Indessen ist er doch der Ansicht, dass die venöse Congestion auf den Larynx zurückwirken kann wegen der Versorgung dieser Partie durch Fasern des Laryngeus superior. Es ist möglich, dass störende Sensationen im Larynx und selbst Muskelcontractionen auf diese Weise zu Stande kommen. Die wesentliche Bedeutung des nervösen Elements wird am besten ins Licht gerückt durch einen Vergleich zwischen einem Falle von Mc Bride, in dem ein grosser Tumor dieser Gegend nicht die geringste Störung verursachte, und einem vom Redner selbst mitgetheilten bei einer neurotischen Frau beobachteten Fall, in welchem eine ganz kleine Cyste vor der Epiglottis die denkbar grössten Beschwerden verursachte, die erst mit der Entfernung der Cyste verschwanden. Anschwellung der Venen kann durch Fingerdruck in der Submaxillargegend hervorgerufen werden; sie ist bisweilen ein Zeichen von Vergrösserung der Halsdrüsen.

Herbert Tilley findet die varicösen Venen an der Zungenbasis nicht hervorragender, als die Venenwurzeln, die man bei der Mehrzahl gesunder Individuen beobachtet. Er bedauert, dass manche Praktiker, wenn „Halssymptome“ vorhanden

sind, ohne dass objective Veränderungen sichtbar sind, diese kleinen Venen zur localen Behandlung herausgreifen, obschon nichts dafür spricht, dass sie die Ursache der Störung sind.

St. Clair Thomson hat gewöhnlich bemerkt, dass Schwellung dieser Venen mit venöser Congestion an anderen Stellen verbunden ist und dass ein Abführmittel oft zur Beseitigung derselben ausreicht.

Hill hat Fälle von Varixbildung gesehen, bei denen auch Halssymptome vorhanden waren, hat sich aber nicht entschliessen können, eine ursächliche Beziehung zwischen beiden anzunehmen.

Scanes Spicer sah kleine schwarze Knötchen an diesen Venen, welche barsten und zu blutig gefärbtem Auswurf Anlass gaben. Gelegentlich hatte er wohl den Verdacht, dass die Venen an einer allgemeinen Pharyngitis Antheil hatten; ob aber in dem Grade, dass man von einer Phlebitis sprechen sollte, darüber war er doch zweifelhaft. Die Venen in dem Grant'schen Falle hält er nicht für abnorm.

Semon ist mit Grant's Antwort nicht einverstanden. Derselbe habe eine Patientin mit Suffocationsanfällen und allgemeinen nervösen Symptomen vorgestellt und dabei angedeutet, dass diese Symptome ihren Ursprung vornehmlich in einigen kleinen Venen an der Zungenbasis hätten. Wie diese Venen überhaupt irgend welche Symptome erzeugen könnten, dafür habe er eine befriedigende Erklärung nicht gegeben. Soll der Zustand der Venen ebenso für den beschleunigten Puls, wie für die Erstickungsanfälle verantwortlich sein? Die vorübergehende Besserung ist ohne Zweifel dem kräftigen Gegenreiz zuzuschreiben, der ebensogut an irgend einer anderen Stelle hätte einwirken können; sie hat nichts zu thun mit der Beseitigung eines Zustandes, den man in keiner Weise als einen krankhaften ansehen kann.

Charsley: Angeborene Fistel unter dem Zungenbein.

Vorstellung eines Mädchens, das anscheinend mit Erfolg operirt war, bei dem aber nach 12 Monaten der schleimige Ausfluss wieder eintrat. Symonds und Stewart empfehlen eine zweite Operation mit Spaltung des Fistelgangs.

Sitzung vom 12. Mai 1897.

Vorsitzender: H. T. Butlin, F. R. C. S.

Discussion über die Methoden der Turbinotomie in ihrer Anwendung an der unteren Muschel.

Dundas Grant, der über 18 Fälle berichtet, bespricht die verschiedenen Operationen, mittelst deren er die ganze oder einen Theil der unteren Muschel entfernt hat. Besonders erörtert Redn. die von Carmalt Jones empfohlene Operation mit dem Ringmesser (Spokeshave) und die vordere Turbinectomie. Die letztere



besteht in einem Schnitt mit der Scheere entlang dem vorderem festsitzenden Rande der Muschel und darauf folgender Abtragung der so gebildeten Halbinsel mit der kalten Schlinge. Die Blutung bei dieser Operation ist unbedeutend und leicht zu stillen, während bei der totalen Turbinectomie mit dem Jones'schen Instrument bei 5 unter 18 Fällen eine sehr erhebliche, bei 7 eine ziemlich starke Blutung eintrat. Wo eine unmittelbare und vollständige Freilegung des unteren Nasenganges nicht so wesentlich ist, soll die vordere Turbinectomie vorgezogen werden; die hintere kann, wenn nothwendig, folgen. Redner hat die vollständige Operation nur bei 35 unter den 11000 Fällen seiner Klinik ausgeführt. 18 von diesen konnten weiter verfolgt werden; davon waren 9 völlig geheilt, 9 gebessert. Eine merkbare Regeneration der Muschel war in 6 Fällen zu vermerken. In allen Fällen bis auf einen hörte die Krustenbildung nach kurzer Zeit auf.

Creswell Baber gebrauchte das Ringmesser bei 13 Gelegenheiten; er sah dabei weder störende Blutungen noch Krustenbildung. Die Operation war besonders erfolgreich, wenn ausgesprochene Septumdeviation bestand, ferner in anderen Fällen, in denen die Muschel selbst stark verbreitert und durch Behandlung der Weichtheile allein ein freier Luftweg nicht zu erzielen war.

Lambert Lack ist der Ansicht, dass die Radicaloperation nur sehr selten erforderlich ist, und betont, dass die hinteren Hypertrophien sich vollständig aus weichen Geweben zusammensetzen und daher leicht mit der Schlinge zu entfernen sind. Die hervorstehenden Kanten des vorderen Theiles des Knochens können mit der Scheere abgetragen werden, ohne dass der Knochen unter das Maass seiner normalen Dimensionen verkleinert wird. Diese kleineren Eingriffe haben nicht die Gefahr an sich, dass die Nase zu einem der atrophischen Rhinitis ähnlichen Zustand reducirt wird.

In Fällen von Verbiegung des Septums ist es eine üble Chirurgie, die eine Passage schafft auf Kosten der Muschel.

Herbert Tilley sah Heilung von Heufieber durch totale Entfernung der hypertrophischen Knochen beider unteren Muscheln; doch hält auch er diese Operation nur sehr selten für nothwendig und glaubt, dass die Abtragung eines Theiles des vorderen Muschelrandes für gewöhnlich wirksam ist. Er sah in zwei Fällen, dass Sänger zur Aufgabe ihres Berufes genöthigt waren durch den „trockenen Hals", der im Gefolge der Totaloperation sich einstellte.

Semon hat keine persönliche Erfahrung über die totale Exstirpation der Muschel. Er erörtert die Frage der Blutstillung, da öfters reichliche und sogar bedenkliche secundäre Blutungen mehrere Tage nach der Operation beobachtet worden seien. Auch wünscht er die Erfahrungen der Operateure bezügtich späterer Krustenbildung zu hören. Er sah vor Kurzem einen Geistlichen, der früher an recidivirender Laryngitis litt und dem ein Specialist beide untere Muscheln entfernt hatte. Die Athmung war sofort frei, doch 2 Monate später begann eine Trockenheit im Halse, die allmälig unerträglich wurde. Die Untersuchung ergab im unteren Theil der Nase sehr weite Passagen, durch die hindurch man deutlich die glänzenden und trockenen Wandungen des Nasenrachenraums sah. Mit Aus-

nahme des üblen Geruchs war der Zustand ganz der einer hochgradigen atrophischen Rhinitis; es konnte nicht Wunder nehmen, dass auch die Laryngitis jetzt stärker, als früher und dauernd vorhanden war.

Scanes Spicer ist der Ansicht, dass in den Fällen, in welchen aus irgend einem Grunde die untere Muschel unverhältnissmässig breit für die Nase erscheint und die Reduction der Weichtheile mit der Schlinge und Cauter nichts genutzt hat, die Abtragung eines genügenden Stückes vom Knochen mittelst des Ringmessers angezeigt ist. Die Operation selbst verläuft zur Befriedigung; störende Blutungen treten gewöhnlich nicht auf, weder primäre noch secundäre. Ein reichlicher mucopurulenter Ausfluss stellt sich ein und Krustenbildung; aber diese verschwinden wieder und niemals sah Redner eine secundäre Pharyngitis sicca.

Watson Williams (Bristol) ist zu der Ansicht gedrängt worden, dass in manchen Gegenden die Totaloperation mit ungerechtfertigter Häufigkeit angewendet wird; er selbst hat noch keinen Fall gesehen, in dem dieselbe wirklich nothwendig war. Die Reduction der hypertrophischen Gewebe mittelst Schlinge, Scheere etc. ist als die zuverlässigere und sichere Methode anzusehen, die von einem Organ, das in functioneller Hinsicht die Bedeutung hat, wie die unteren Muscheln, auch wirklich nur so viel abträgt, als erforderlich und erlaubt ist.

Hill hält das Jones'sche Ringmesser für ein durchaus präcis arbeitendes Instrument, mit dem von Knochen und Weichtheilen gerade so viel abgetragen wird, als man abzutragen beabsichtigt. Er selbst hat indess nur selten damit operirt und glaubt, dass seine Beliebtheit bei manchen Praktikern darauf zurückzuführen ist, dass der Gebrauch von Schlinge und Scheere grössere Uebung und Geschicklichkeit erfordert. Er hat schwere Blutung beobachtet.

St. Clair Thomson erwähnt die Untersuchungen von Freudenthal an Patienten, die von nasaler Stenose „geheilt" das Krankenhaus verliessen, aber wiederkehrten mit Symptomen, die auf den theilweisen Verlust der wärmenden und anfeuchtenden Function der Schneider'schen Membran zurückzuführen waren. In allen vorgestellten Fällen war eine compensatorische Hypertrophie der mittleren Muschel vorhanden. Die Durchgängigkeit des unteren Nasenganges sei oft wiederherzustellen durch Entfernung einer polypoiden Wucherung unter dem Rande der Muschel.

Ernest Waggett.

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 16. Juli 1897.

Vorsitzender: Dr. Milligan.

G. Stoker stellt 2 Fälle von Otorrhoe und 1 Fall von Ozaena vor, die mit Oxygengas erfolgreich behandelt wurden.

Mc. Naughton Jones hat das Oxygen in Ozaenafällen ohne Erfolg versucht.

Dundas Grant demonstrirt einen Fall von Nasenpolyp, der bis unter den weichen Gaumen herabreichte.

Milligan legt eine grosse Exostose vor, die aus der rechten Nasenseite durch äussere Incision entfernt worden ist.

Bark demonstrirt ein Epitheliom des rechten Stimmbandes, das durch Thyrotomie exstirpirt ist. Der Fall wurde geheilt.

Lennox Browne berichtet über einen Fall von Epitheliom des weichen Gaumens bei einem Manne von 48 Jahren. Die Geschwulst wurde unter Cocain exstirpirt. Der Pat. genas.

Middlemas Hunt eröffnete eine Discussion über die vorhergehende Einübung und die Operationsmethoden bei der Entfernung von laryngealen Tumoren.

Adolph Bronner.

---

d) Verhandlungen der Amerikanischen Laryngologischen, Rhinologischen und Otologischen Gesellschaft.

3. Jahresversammlung. Washington, D. C. 1.—3. Mai 1897.

(N. Y. Medical News. 31. Juli 1897.)

Der Vorsitzende weist in seiner Eröffnungsansprache auf die Thatsache hin, dass beim letzten Congress 75 pCt. der Vorträge sich mit rhinologischen Themen befassten.

C. W. Richardson berichtet über einen Fall von Laryngectomie wegen maligner Erkrankung des Kehlkopfs. Bei der Autopsie stellte sich heraus, dass die Ausbreitung der Geschwulst weit grösser war, als man angenommen hatte.

M. R. Ward: Papillom des Kehlkopfs, recidivirend als Epitheliom.

Die Patientin war 17 Jahre alt. Der Tumor wurde entfernt und durch mikroskopische Untersuchung als Papillom sicher gestellt. Der Zustand der Patientin verschlimmerte sich allmälig und 20 Monate später wurde die Tracheotomie und danach die Laryngotomie ausgeführt. Die Untersuchung der aus dem Larynx excidirten Stücke ergab jetzt Adeno-Epitheliom. Die Krankheit recidivirte bald und es wurde nun die Laryngectomie gemacht. Der ganze Kehlkopf, die Epiglottis und

ein Stück der vorderen Oesophaguswand wurde entfernt. Trotzdem kam ein neues Recidiv und die Patientin starb an Erschöpfung, nahezu 3 Jahre nachdem die Krankheit zuerst erkannt worden war. Das Interesse des Falles liegt in dem ungewöhnlichen Sitz der Geschwulst und der relativen Jugend der Patientin, vor allem aber in dem Umstand, der in diesem Falle mit ungewöhnlicher Bestimmtheit erwiesen ist, dass die Geschwulst ursprünglich gutartig war. Die Ergebnisse der Sammelforschung von Felix Semon, die entschieden die werthvollste Bereicherung unseres Wissens in dieser Frage gebracht hat, werden durch diesen einen Fall natürlich in ihrer Bedeutung nicht erschüttert.

J. Kerr (Washington) berichtet ebenfalls über einen Fall von Laryngectomie wegen maligner Erkrankung.

J. A. Thompson (Cincinnati, Ohio) spricht über tracheale Injectionen zur Behandlung von Kehlkopf- und Lungenaffectionen. Er injicirt in jeder Sitzung 3,75—15 ccm einer Lösung.

J. E. Nichols (New York) demonstrirt ein neues electrisch beleuchtetes Speculum.

H. H. Curtis (New York) legt Abbildungen vor von den Vibrationsfiguren der menschlichen Stimme. Er hält dann seinen Vortrag über die Heilung der Sängerknötchen. Die Sängerknötchen sind entzündliche Geschwülste an der Vereinigungsstelle von vorderem und mittlerem Drittel der Stimmbänder. Sie entstehen durch eine falsche Methodik der Stimmbildung. Die Behandlung besteht in gymnastischer Uebung der inneren Kehlkopfmuskeln; ihr Ziel ist, die Stimmbänder an eine neue Art der Vibration zu gewöhnen.

J. H. Halsted (Syracuse, N. Y.) berichtet über Fälle von Sarcom des Kehlkopfs und über ein Sarcom des Nasenrachenraums bei einem Kinde.

G. H. Maknen spricht über die Chirurgie der Gaumentonsille. Die atrophische Mandel erscheint ihm ebenso bedenklich für die Gesundheit, wie die hypertrophische.

A. G. Root (Albany N. Y.) stellt einen Fall von syphilitischem Primaraffect an der Mandel vor.

H. C. Cline (Indianopolis Ind.) berichtet über einen Fall von Abscess der Nasenscheidewand und

W. S. Renner (N. Y.) spricht über chronische folliculäre Mandelentzündung.

W. J. Swift (Lefferts).

---

e) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Sitzung vom 18. Juli 1897.

Vorsitzender: Dr. Bayer.

Anwesend sind 28 Mitglieder und 6 Gäste.

In der Vormittagssitzung werden Kranke vorgestellt und anatomische Präparate sowie Instrumente vorgezeigt.

Bayer zeigt, wie man mit ein klein wenig grüner Seife die Untersuchungsspiegel vor Beschlag sichern kann.

Cupos weist einen Fremdkörper vor, ein „2 cm langes und 1 cm breites, schwärzliches und wurmstichartig macerirtes Knochenstück, welches 3 Jahre lang im linken Bronchus verweilt und die Symptome einer Lungencaverne hervorgerufen hatte“.

Eeman stellt einen Kranken vor, welchem er vor 3 Jahren ein keratisirendes Carcinom vom linken wahren Stimmbande vermittelst Radicaloperation entfernt hatte. Seit November 1896 entwickelte sich in der Hautnarbe eine Geschwulst, die jetzt kastaniengross ist; desgleichen ist Lymphdrüsenanschwellung vorhanden. Da von einer weiteren Operation Abstand genommen wurde, so behält er den Patienten in Beobachtung, um später die Natur des Tumors feststellen zu können.

Eeman: „Sarcomatodes“ Fibrom des Kehlkopfes; Vorzeigen des histologischen Präparates. Nach vorausgeschickter Tracheotomie war der Tumor, welcher dem rechten Lig. aryepiglott. und der hinteren Fläche des rechten Aryknorpels mit breiter Basis und bei vollständig erhaltener Beweglichkeit des rechten Stimmbandes aufsass, mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt worden. Die histologische, von van Duyne vorgenommene Untersuchung ergab ein Fibrom mit jungen Gewebselementen, deren Anordnung demselben ein sarcomähnliches Aussehen giebt, bei näherem Zusehen erkennt man aber leicht, dass die fibrösen Herde junger Herkunft sind.

Goris macht eine ergänzende Bemerkung zur „Operation chronischer Sinusitiden der Oberkieferhöhle“; er resumirt sich in folgender Weise:

Die chronische Sinusitis maxill. ist:

1. eine sehr hartnäckige Affection und leistet der besten Behandlung den grössten Widerstand;

2. sie kann nur durch eine ausgiebige und wiederholte Operation zur Heilung gebracht werden,

3. sie verlangt aber trotzdem noch eine lange Nachbehandlung.

Daran anschliessend stellt er 3 Kranke vor.

Sodann berichtet G. über 2 Fälle von Sinusitis der Stirnhöhle, wovon er

die eine, operativ geheilte, vorstellt, die andere war in Folge von Abscessbildung in der Schädelhöhle zu Grunde gegangen.

Ferner stellt G. 2 Fälle von Thyrotomie wegen „beginnender Larynxtuberculose“ vor, über welche er in der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant berichtet hatte; er glaubt sich durch seine operativen Resultate zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1. die Thyrotomie ist eine an und für sich wenig schädliche Operation;
2. sie erlaubt uns, das Uebel gründlich zu erreichen;
3. die Stimme kommt sehr schnell zurück, natürlicher Weise um so früher, je weniger der freie Rand der Stimmbänder beschädigt worden;
4. die Dysphagie dauert kaum länger als 3 Tage;
5. die Trachealcanüle braucht nicht länger als einen Tag nach der Operation liegen zu bleiben.

Hicquet stellt zwei Fälle von Nasenlupus vor, behandelt mit den Röntgenstrahlen. Der eine brauchte 25, der andere 50 Sitzungen à 5 Minuten, um in das Stadium der Heilung einzutreten.

Noquet zeigt einen „blutenden Polypen der Nasenscheidewand“ vor, welchen er mit der kalten Schlinge bei einer 42jährigen Patientin entfernt hatte. Derselbe hatte häufige Blutungen verursacht und die linke Nasenhöhle verlegt.

Rutten demonstrirt einen Nasenrachenpolypen, welcher gestielt dem Vomer aufgesessen, und einen voluminösen Kehlkopfpolypen, wahrscheinlich ein „Angiofibromyxom“, das in der Mitte der vorderen Commissur implantirt, vermittelst der galvanischen Schlinge entfernt worden war.

In der Nachmittagssitzung kamen zuvörderst die Tagesfragen zur Besprechung:

„Ueber die ersten Zeichen der Kehlkopftuberculose.“

Bericht von Rousseaux und Cheval. Die beiden Berichterstatter haben sich zu folgenden Schlüssen geeinigt:

1. Die Kehlkopftuberculose ist entweder primär oder sie ist secundär, d. h. sie tritt auf im Gefolge von Lungentuberculose.
2. Das Prodromalstadium von einem bis mehreren Jahren kann folgende Formen annehmen:
   a) die katarrhalische, meist auf ein Stimmband beschränkt;
   b) die anämische, begleitet von intermittirender Aphonie; die Auscultation und Percussion lassen noch keinen Schluss auf Ergriffensein der Lungen zu.
3. Die mikroskopische Analyse des Auswurfes kann eine frühzeitige Diagnose der Tuberculose gestatten, genügt aber nicht für sich allein, um festzustellen, ob die Tuberculose primär oder secundär sei.
4. Bei den Obductionen liess sich keine primäre Kehlkopftuberculose finden; die Läsionen betreffen:



a) granulöse Infiltrationen und

b) ulcerative Processe.

5. Was den Grad der Läsionen anbelangt, so besteht kein Verhältniss zwischen den Kehlkopf- und Lungenaffectionen.

6. Vom topographischen Standpunkt aus konnte man weder die eine, noch die andere Kehlkopfseite bevorzugt finden. Die Läsionen wurden überall angetroffen.

7. Die am meisten afficirte Kehlkopfseite entspricht nicht immer der am meisten erkrankten Lunge, die Läsionen sind sogar gekreuzt.

8. Die Allgemeinbehandlung in dieser Periode ist ebenso indicirt, wie in allen übrigen.

9. Der Höhencur ist der Vorzug zu geben.

10. Local wird die chirurgische Behandlung von Erfolg sein; energisches Auskratzen mit nachfolgenden Aetzungen und in gewissen Fällen, wo das Laryngoskop nicht ausreicht, die Thyrotomie mit Auskratzen.

An der Discussion betheiligen sich Eeman, Rousseaux, Goris.

„Die Behandlung der Ozaena mit cuprischer Electrolyse."

Bericht der Commission, zusammengesetzt aus Buys, Eeman, Goris, Hennebert und Schleicher.

Hennebert: Die Beobachtungen wurden an 7 Kranken mit typischer Ozaena vorgenommen und von Cheval selbst der electrolytischen Behandlung unterworfen. Davon blieb

1 aus
1 wurde einseitig einmal
3 „ zweiseitig „
1 „ auf einer Seite „ und auf der andern zweimal
1 „ „ beiden „ zweimal

electrolytisch behandelt.

Die Kranken durften keine Einspritzungen vornehmen. Die Sitzungen fanden statt in einem Intervall von 6 Wochen bis 2 Monaten. Bei den 6 in Frage kommenden Fällen konnte keine einzige Heilung constatirt werden.

Lebhafte, zum Theil persönliche Discussion zwischen Cheval, Eeman, Hennebert und Jauquet, daran betheiligten sich ausserdem, Beco, Bayer, Rutten, Lubet-Barbon, Rousseaux und Goris.

Cheval betont die Unzulänglichkeit der Beobachtungen der Commission, welche in keiner Weise zu dem Schluss berechtige, dass die „Action der cuprischen Electrolyse auf die Ozaena gleich Null" sei. — Die Frage wird vorläufig vertagt.

Weitere Mittheilungen wurden gemacht von:

Broekaert über „Recurrensparalyse." Vorläufige Mittheilung.

B. fand ein paar Monate nach Durchschneidung resp. Resection des Re-

currens am Hunde eine ziemlich ausgesprochene Atrophie aller Muskeln; es scheint ihm demnach die Theorie einer Beschränkung der Paralyse auf einen einzigen von all' den vom gleichen Nerven innervirten Muskeln als „ziemlich hypothetisch", er glaubt vielmehr, dass eine Reflexcontractur und zwar von Seite des Laryng. sup. und besonders seiner Anastomosen her stattfinde, so dass das Stimmband in Medianspannung versetzt werde, und erst später, wenn die Läsion persistirt und die Degenerescenz des Nerven nicht bloss an seiner Peripherie, sondern auch in seinem aufsteigenden Theil statthabe, komme eine Verminderung der Intensität der Reflexcontractur zum Ausdruck. B. bedauert nur, seine Theorie noch nicht experimental nachgewiesen zu haben.

Coosemans: Das Holocain in der Otolaryngologie.

Nach C. hat das Holocain folgende Vorzüge:

1. es ist wohlfeil,
2. brennt nicht,
3. ist beinahe nicht bitter,
4. verursacht weder Brechneigung, noch das Gefühl von Zusammenziehung im Halse, noch das eines fremden Körpers und wirkt nicht erregend auf's Gehirn,
5. es bewirkt keine Gefässverengerung und somit auch keine Veränderung im Volumen und der Farbe der Gewebe,
6. es bringt nie allgemeine Intoxicationserscheinungen hervor,
7. es giebt haltbare Lösungen, die antiseptisch sind und nicht sterilisirt zu werden brauchen.

Eeman berichtet über einen 12. Fall primärer diphtheritischer Rhinitis.

Gaudier (Lille) theilt einen Fall von Nasenrachenfibrom bei einer 62 Jahre alten Frau mit, welches er vermittelst der Curettage entfernt hatte; der Fall sei bemerkenswerth:

1. wegen der Seltenheit fibröser Tumoren in dem vorgeschritteneren Lebensalter,
2, wegen der Neuheit der Operationsmethode, welche allerdings energisch ausgeführt werden müsse und
3. wegen des Ausbleibens einer Hämorrhagie, was er der tiefgehenden (bis aufs Periost) Curettage zuschreiben zu müssen glaubte.

Somit wäre diese Operationsmethode den ungleich schwereren vom Gesicht und Mund her und durch die Electrolyse vorzuziehen, vorausgesetzt, dass die Nasennebenhöhlen frei seien.

Gouguenheim bespricht einen Fall von Lupus des Kehlkopfs, chirurgisch behandelt und geheilt.

Janquet widmet dem Bromäthyl das Wort und theilt sein Verfahren mit bei der Operation adenoider Wucherungen.

Van Dooselaar theilt einen Fall von Fractur des Process. styloid. de Schläfenbeins mit, welche durch heftige Brechbewegungen zu Stande gekommen

sein soll; das Fragment wurde operativ nicht ohne die grössten Schwierigkeiten entfernt, wäre aber doch besser unberührt geblieben!

Sitzung vom 7. November 1897.

Gevaert stellt ein Mädchen vor mit Paralyse der Mm. cricoaryt. post. im Verlaufe progressiver Muskelatrophie.

Goris kommt auf seine zwei in der letzten Sitzung vorgestellten, wegen Larynxtuberculose thyrotomisirten Fälle zurück; der eine musste wegen nachträglicher Tuberculisirung der Operationsnarbe nachoperirt werden; der andere befindet sich immer noch gut. Bei einem dritten Fall musste G. dreimal einschreiten wegen Tuberculisirung der Operationsnarbe, er schreibt dies der Infection mit dem Tuberkelbacillen enthaltenden Auswurf zu, wozu das Liegenbleiben der Canüle besonders disponire; er schliesst daher die Wunde in Zukunft sofort.

Discussion: Gevaert fragt nach den Indicationen und Contraindicationen der Operation?

Nach Goris giebt es keine Contraindicationen; die Operation dränge sich allein auf, weil bisher noch keine Behandlung der Larynxtuberculose Herr geworden sei, worauf Bayer an der Heilbarkeit derselben durch andere Behandlung als die Radicaloperation, gestützt zum Theil auf eigene Erfahrungen, festhält; ausserdem verweist er auf den Fall eines alten bekannten Laryngologen.

Delsaux, Gevaert, Rousseaux kennen keinen Fall von Heilung,

Bayer bemerkt, dass Spontanheilungen vorkommen.

Goris hat nie solche gesehen und fragt, warum man die vollständig gefahrlose Operation nicht versuchen solle?

Gaudier hat auch keine Larynxtuberculose heilen sehen, und fragt sich, ob die geheilten Fälle auch wirklich tuberculöse Geschwüre waren und nicht etwa nur syphilitische Manifestationen, heilbar durch eine Jodkalicur (Sic!).

Bayer bezweifelt, dass ein jeder von uns sich ohne Weiteres im gegebenen Falle zur Vornahme der Radicaloperation bereit erklären würde.

Zum Schlusse wurde beschlossen, die Novembersitzung in Zukunft fallen zu lassen.

Bayer.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. **Berlin, Mai.** **1898. No. 5.**

I. Referate.

a. Parotis, äusserer Hals, Instrumente etc.

1) **James Ball. Fälle aus der Halsabtheilung. (Cases from the throat department.)** *The Clinical Journal. 28. Juli 1897.*

Eine Post-Graduate Lecture, in der Fälle von Fremdkörper in der Nase, chronischer Laryngitis, Diphtherie, Lähmung etc. vorgestellt und besprochen werden.

ADOLPH BRONNER.

2) **F. Page. Ein Fall von grosser Parotisgeschwulst bei einem alten Manne; erfolgreich exstirpirt. (Case of large parotid tumour successfully removed from an old man.)** *Lancet. 3. Juli 1897.*

71jähriger Mann, der seit 8 Jahren die Geschwulst in der Parotis hatte. Diese wuchs erheblich und beeinträchtigte das Schlucken und Athmen. Sie wurde durch äusseren Einschnitt freigelegt und ausgeschält (Abbildung).

ADOLPH BRONNER.

3) **Bockhorn** (Berlin). **Ein Fall von Tuberculose der Parotis.** *Archiv für klin. Chirurgie. 56. Bd. 1. Heft. 1898.*

Bei einer 39jährigen Frau schwoll $^1/_4$ Jahr vor Eintritt in die v. Bergmann'sche Klinik die linke Wange an, ohne anfangs wesentliche Schmerzen zu machen, diese stellten sich erst im weiteren Verlaufe ein. Die Zähne waren der Pat. vorher „weggestockt", 2 waren gezogen worden. Nach dem makroskopischen und mikroskopischen Befunde, der durch die Operation ermöglicht wurde, handelte es sich um eine entzündliche Erkrankung der Speicheldrüse, welche den Charakter der Tuberculose und zwar der verkäsenden Tuberculose trug. Diese Tuberculose war wahrscheinlich nicht auf dem Wege der Ausführungsgänge, sondern auf dem intravenösen Wege vermuthlich durch Vermittelung der Lymphbahnen entstanden. Die schädlichen Keime mögen durch die nicht mehr normale Mundschleimhaut eingedrungen sein, welche, sei es durch eine Stomatitis, sei es durch die cariösen

Zähne, zur Infection prädisponirt war. In differentialdiagnostischer Beziehung kam Actinomykose oder Lues der Parotis in Betracht. SEIFERT.

4) **S. Duplay** (Paris). **Kalte Drüsenabscesse am Halse und ihre Behandlung. (Abscès froids ganglionnaires de la région cervicale; leur traitement.)** *Bull. Médical. 24. September 1897.*

Anlässlich eines ganz gewöhnlichen Falles von eitriger Entzündung der Halsdrüsen bespricht D. die Pathogenese und die Behandlung dieses Leidens.

a) Pathogenese. Acut oder chronisch, einfach oder tuberculös, haben die eitrigen Halsdrüsenentzündungen ihren Ausgangspunkt gewöhnlich in einer Mund- oder Rachenläsion. Den ersten Platz unter diesen initialen Störungen beanspruchen die Zahnerkrankungen. Starck (Heidelberg) constatirte cariöse Zähne bei 80 pCt. der Fälle von Halsdrüsenerkrankung. In der Hälfte der Fälle existirte sonst keine Störung und die Zahncaries war das einzige Moment, das zur Erklärung der Drüsenaffection herangezogen werden konnte. St. stellte fest, dass die cariösen Zähne auch als Eintrittspforte für den Tuberkelbacill dienen könnten; er fand den Tuberkelbacillus sowohl in den Zahncavitäten, wie in tuberculösen Knötchen zwischen den Wurzeln eines Molarzahns.

b) Behandlung. D. empfiehlt 1. die interstitielle Injection von Jodoformäther ($^1/_{10}$) und 2. das Einlegen eines aseptischen Fadens (Seidenfaden, Florentiner Haar, feines Drainrohr); es ist dies das beste Mittel, um Narbenbildung zu vermeiden. PAUL RAUGÉ.

5) **Manny** (Saintes). **Seröse Halscyste. (Kyste séreux du cou.)** *Congr. franç. de Chirurgie. 20. October 1897.*

Congenitale Cyste an der Halsbasis bei einem Kinde von 22 Monaten, mit Erfolg entfernt.

Die Diagnose dieser Cysten ist oft schwierig, besonders wenn dieselben multiloculär sind und Fortsätze in die Tiefe senden, ohne zu fluctuiren. Man kann dann an Angiome und venöse Varicositäten denken.

Der chirurgische Eingriff ist empfehlenswerth wegen der Gefahren, die diese Cysten durch ihren Sitz und ihre Grösse verursachen können. Die Punction und medicamentöse Einspritzungen sind bei dem Gefässreichthum dieser Halsgegend gefährlich. Besser ist die radicale Exstirpation der gesammten Cyste mit ihren Fortsätzen. PAUL RAUGÉ.

6) **M. Wittner** (Rumänien). **Hygroma cysticum colli congenitum.** *Allgemein. Wiener med. Zeitung. No. 40. 1897.*

Ein 8 Wochen altes Kind zeigt in der rechten Submaxillargegend eine cocosnussgrosse, fluctuirende, nicht pulsirende Geschwulst, die sich auf Druck verkleinert, um sich beim Nachlassen desselben sofort wieder zu füllen. Gegen den Angulus mandibulae derselben Seite sass eine kleinere ebensolche Geschwulst. Beide Tumoren wurden — jedoch nur viel kleiner — von der Mutter schon unmittelbar nach der Geburt bemerkt. Die Probepunction ergab eine dickliche gelbe Flüssigkeit. Spitalaufnahme verweigert. Exitus nach ca. $1^1/_2$ Monaten angeblich

unter stenotischen Erscheinungen. Differentialdiagnostisch hebt Verf. namentlich Maunoir's Hydrocele hervor.

CHIARI.

7) **C. Janson** (Schweden). **Ueber die Infectionsquelle bei Gesichtsrosen. (Om Infektionskällan vid ansektsros.)** *Hygiea. I. S. 117. 1897.*

Der Verf. ist der Meinung, dass die Streptokokken, die gewöhnlich in unserem Schlunde als unschädliche Saprophyten leben, bisweilen eine so hochgradige Virulenz erreichen können, dass sie zuerst Angina und Coryza und später Erysipelas, oder auch direct Erysipelas ohne diese Zwischenglieder hervorrufen.

SCHMIEGELOW.

8) **Parascandolo** (Neapel). **Eine neue Versuchsreihe über die Serotherapie bei Infectionen mit pyogenen Mikroorganismen und bei Erysipel.** *Wiener klinisch. Wochenschr. No. 38 u. 39. 1897.*

Aus seinen Versuchen zieht P. folgende Schlüsse:

1. Dass er als Erster die Frage der Immunisation von Thieren gegen die pyogenen Kokken und jene des Erysipels auf solide Basis gestellt und ein wirksames Heilserum erzeugt habe.
2. Dass er einen neuen Beitrag für die Verschiedenheit des Streptococcus pyogenes und jenen des Erysipels geliefert hat.
3. Giebt er als besten Nährboden für genannte Kokken 2 pCt. gezuckerte und peptonisirte Fleischbouillon an und behauptet ferner u. A.
4. Dass der beste Weg zur Immunisirung von Thieren die Anwendung von Toxinen sei und nicht jene von Culturen virulenter Bakterien, sowie
5. Dass auf solche Weise hergestelltes Serum von Thieren gegen genannte Kokken sich als weitaus heilkräftiger erwies, als ein mittels Culturen derselben Mikroorganismen erzeugtes.

CHIARI.

9) **M. Braun** (Triest). **Ueber Vibrationsmassage der Schleimhaut der oberen Luftwege mittelst Sonden.** Vortrag, gehalten in der 69. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Braunschweig 1897. — *Wiener medicin. Blätter. No. 39. Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 44. 1897.*

Durch die günstigen Erfolge der Dauersondenbehandlung bei chronisch erkrankter Urethralschleimhaut angeregt, versuchte B. eine ähnliche Bandlungsmethode der chronisch erkrankten Schleimhaut der oberen Luftwege. B. benutzt Kupfersonden mit gerifftem Ende, worauf ein Wattebäuschen angebracht ist; dieselben schreibfederartig haltend übt er Druck und Stösse auf die Schleimhaut aus. In der Nase nimmt Vortragender diese Procedur anfänglich $^1/_2$ Minute, später bis 6 Minuten vor und falls sich keine allzu starke Reaction zeigt, wiederholt B. noch am Nachmittage desselben Tages die Sitzung. In allen Fällen der Nasenmassage behandelt B. auch den Nasenrachenraum. Auf ähnliche Weise massirt B. die Tuba Eustachii, den Rachen, den Kehlkopf und den oberen Theil der Trachea, sowie den Oesophagus. Braun beleuchtet seine Methode mit folgenden Schlagworten:

1. Bietet dieselbe die Möglichkeit, den erkrankten Theil isolirt zu behandeln und ihm ein beliebiges Medicament vollständig einzuverleiben.

2. Das leichte Ein- und Ausführen wird vom Kranken viel leichter tolerirt als jedes andere Verfahren.
3. Durch den localen Contact bei der Vibrationsmassage wird die physiologische Thätigkeit der Schleimhaut derart angeregt, dass sie nach stattgehabter Heilung gegen schädliche Einflüsse erfahrungsgemäss widerstandsfähiger wird.

CHIARI.

10) **J. Sendziak. Ueber die Anwendung der Vibrations-Massage bei den Krankheiten der Nase, des Rachens, des Kehlkopfs und der Ohren. (O zastesowaniu miasienia wgawkowego w chorobach nosa, gardla, krtani i uszow.)** *Nowiny lekarskie. No. 7, 8, 9, 10. 1897.*

In einer grösseren Arbeit bespricht Verf. genau die Geschichte, Methodik und schliesslich seine eigenen Erfahrungen und Resultate mit der sogenannten Vibrations-Massage, welche er bei einem grossen Theile seiner Patienten angewendet hat. Er glaubt, dass diese Methode systematisch und mit Ausdauer applicirt, bedeutend bessere Resultate bei der Behandlung der Krankheiten der oberen Abschnitte des Respirationsapparates liefert, als alle bisher gebräuchlichen Methoden. Die Misserfolge, welche einige Autoren bei der Anwendung der Vibrations-Massage erlitten haben, sollen nach Verfassers Ansicht nur auf ungenauer Kenntniss der Applications-Methode beruhen, da die Technik nur bei dem Erfinder der Methode resp. bei den Herren Braun und Lavoeur (Laaker?) zu erlernen ist (? Ref.).

Was die Indicationen anbelangt, so glaubt Verf., dass sich fast bei allen Krankheiten des oberen Abschnittes des Respirationstractus, besonders aber in den chronischen Fällen ein günstiges Feld zur Massage bildet. Besonders günstige Resultate aber, oder um Verf.'s Worte zu gebrauchen, colossale Erfolge wurden erzielt bei Reflexneurosen nasalen Ursprungs (Asthma, Migräne etc.); sogar eine seit 7 Jahren bestehende totale Anosmie wurde in einer Sitzung völlig beseitigt. Ebenfalls günstige Resultate wurden vom Verf. bei der Ozaena erhalten (einige Fälle von Heilung). Auch adenoide Vegetationen, die nicht sehr stark entwickelt waren, wurden mittelst Massage beseitigt. Unter den acuten Krankheiten wurden vom Verf. günstige Resultate erzielt bei acuten Entzündungen des Antrum Highmori (Empyema) und bei acuter Coryza (bei dieser muss jedoch die Massage zweistündlich applicirt werden!!). Erfolglos blieb die Massage bei acuten Anginen und peritonsillären Abscessen.

Günstige Resultate wurden vom Verf. ferner bei verschiedenen Ohrenkrankheiten (Katarrhen der Tuba und des mittleren Ohres), sowie auch bei Augenkrankheiten (Krankheiten des Ductus naso-lacrymalis und der Conjunctiva) erzielt. Obwohl der Referent nicht im geringsten die günstigen Ergebnisse des Verf.'s bezweifeln will, glaubt er doch, dass derselbe seine Resultate zu sanguinisch und zu wenig kritisch betrachtet.

SOKOLOWSKI.

11) **Körner** (Rostock). **Auskochen der Kehlkopfspiegel.** *Wiener medic. Presse. No. 48. 1897.*

K. constatirt, dass gut gearbeitete Kehlkopfspiegel ein Auskochen in Soda-

lösung ganz gut vertragen und dass dieser Vorgang an der Rostocker Klinik lange Zeit geübt wird, ohne dass eine schnellere Abnützung der Spiegel zu bemerken wäre.

CHIARI.

12) **T. Goodchild. Neuer Ohren- und Halsspiegel. (New aural and throat mirror.)** *Lancet. 16. October 1897.*

Der Spiegel hat einen Durchmesser von 3 Zoll und eine Focaldistanz von 7 Zoll. Hinter dem Sehloch ist eine Drehscheibe mit Linsen (Abbildung).

ADOLPH BRONNER.

13) **Thomas Hubbard. Das mechanische Princip des Ecraseurs und Beschreibung einer modificirten Bosworth'schen Schlinge. (The mechanical principles of the écraseur and description of a modified Bosworth snare.)** *N. Y. Med. Record. 8. Mai 1897.*

Ein Holzschnitt, der der Arbeit beigegeben ist, illustrirt ihren Inhalt besser, als ein kurzes Referat dies könnte.

LEFFERTS.

14) **Lichtwitz. Die Beleuchtung mit Acetylengas in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1897.*

Empfehlung des Acetylengases, das man in einem Gaserzeuger und Gasometer fabricirt und in Röhren in das Zimmer resp. an die einzelnen Tische der Klinik leitet.

SCHECH.

15) **Thos. R. French. Die laryngeale und postnasale Photographie mit Hülfe des Bogenlichts. (Laryngeal and postnasal photography with the aid of the arc light.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Januar 1897.*

Die Arbeit ist schon im Bericht über die Verhandlungen des 18. Congresses der Americ. Laryngolog. Association kurz erwähnt. Der vorliegende Auszug ist erwähnenswerth wegen der Photogramme und der Abbildung des Apparates, die er enthält. Der Verf. schliesst mit der Bemerkung, dass die Kunst des Photographirens von Kehlkopf und Nasenrachenraum zwar schwierig und mühevoll zu erlernen ist, dass aber die Ausbeute, die sie für die Vermehrung unserer Kenntnisse von dem normalen und dem pathologischen Verhalten dieser Theile giebt, die aufgewandte Arbeit reichlich lohnt.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **C. Fermi** und **A. Bretschneider. Ueber Natur und Krankheitsursachen des einfachen Nasencatarrhs. (Sulla natura ad etiologia della riníte catarrale semplice.)** *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. Anno III, fasc. 4, 1895 ed Anno IV, fasc. 1, 1896.*

Die Autoren kommen zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Der einfache Schnupfen ist keine parasitäre Krankheit.
2. Die meisten Schnupfen rühren von der direct erregenden Thätigkeit her, die physikalische, mechanische oder chemische Reize entweder von

ausserhalb (Trauma, Feuchtigkeit) oder von innen her (Jodschnupfen, Ansteckungskrankheiten und Ausschläge) auf die Nasenschleimhaut ausüben.

3. Die gewöhnlichen Erkältungsschnupfen basiren auf trophischen Gefässerweiterungen der Schleimhaut und sind nervöser Natur; sie sind nicht der Kälte als solcher, sondern allein dem starken und heftigen Schwankungen unterworfenen Temperaturwechsel und der grossen Feuchtigkeit in der Atmosphäre zuzuschreiben.

DAMIENO.

17) **P. J. Mink** (Zwolle). **Die locale Behandlung der Coryza bei kleinen Kindern. (De locale behandeling van coryza bij kleine kinderen.)** *Med. Weekbl. IV. No 33.*

M. empfiehlt die trockene Luftdouche Lucae's und die Anwendung folgender Tropfen:

Rp. Bibor. natr. 20
Glycerin 70,

welche zwei- bis dreimal täglich, nach Herausbeförderung des Sekrets in die Nase eingeführt werden.

H. BURGER.

18) **Redact. Notiz. Schnupfen. (Coryza.)**

Rp. Pulv. ac. boric. 3,00
Menthol 0,30.

Von dem Pulver, das frisch bereitet sein muss, wird bei jedem Anfall von Schnupfen 5- oder 6mal in Intervallen von 1 Stunde eine kräftige Prise genommen.

LEFFERTS.

19) **Cuvillier. Ein Fall von chronischer catarrhalischer Nasen-, Rachen- und Kehlkopfentzündung. (Observation de rhino-pharyngo-laryngite catarrhale chronique.)** *Bull. et mém. de la Soc. franç. de laryngol. Paris 1897.*

Nichts Besonderes.

E. J. MOURE.

20) **W. E. Casselberry. Membranöse Rhinitis, diphtheritisch und nicht diphtheritisch. (Membranous rhinitis, diphtheritic and non-diphtheritic.)** *Medicine. Juli 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

21) **Auché** und **Brindel. Bakteriologische Untersuchungen über die Ozaena. (Recherches bactériologiques sur l'ozène.)** *Rev. hebd. de laryngolog. No. 41. October 1897.*

Bei 20 Fällen von Coryza atrophica fanden die Verff. 20mal den Löwenberg'schen Kapsel-Diplobacillus, 18mal den Pseudo-Diphtheriebacillus von Delfanti und della Vedova, 3mal den kleinen Bacillus von Pes und Gradenigo, 12mal Staphylokokken und 4mal Streptokokken.

Bei 14 von diesen Fällen existirte mehr oder weniger ausgesprochene Ozaena; in diesen war der Diplobacillus regelmässig vorhanden, der Pseudodiphtheriticus fehlte 2mal: der kleine Bacillus fand sich bei 3 von diesen Fällen. Der letztere wurde übrigens bei keinem der Coryzafälle ohne Ozaena gefunden.

Die Elektrolyse brachte in diesem Mikrobenbestand keinerlei Aenderung.

Bei 4 alten und anscheinend geheilten Fällen von atrophischer Coryza fand sich weder der Löwenberg'sche Bacillus, noch der von Pes und Gradenigo, dagegen 2mal der Pseudo-Diphtheriebacillus und bei allen 4 Staphylo- und Streptokokken.

E. J. MOURE.

22) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Ozaena.** *Med. Weekbl. No. 18, 19. 1897.*

Für die Arnheimer med. Gesellschaft giebt M. eine sehr klare und kritische Auseinandersetzung der verschiedenen Theorien und Auffassungen betreffs des Wesens der Ozaena. Er bekennt sich zu dem Grünwald'schen Standpunkt und führt eigene kasuistische Beweise für dessen Richtigkeit an. Indessen ist er nicht ganz zweifelfrei. Namentlich die von ihm in einigen Fällen erhaltenen günstigen Erfolge der interstitiellen Elektrolyse machen es ihm wahrscheinlich, dass nicht immer Herderkrankungen die Ursache des Leidens sind. Vorläufig soll der Begriff Rhinitis atrophica foetida als Morbus sui generis behalten bleiben, wenn auch die Mehrzahl der Fälle zu den Herderkrankungen zu rechnen sei.

H. BURGER.

23) **Scheicher. Experimentalstudie über die Ozaena. (Essai expérimental sur l'Ozène.)** *Soc. med. chir. d'Anvers. Livr. d'Avril et Mai 1897.*

Durch Versuche an 7 Ozaenakranken mit Occlusivverband und gründlichste Reinlichkeit kommt der Autor zu dem Schlusse, dass man damit eine viel grössere Besserung erreichen könne, als man sonst mit den langwierigsten Behandlungen erziele. Es spiele, ohne den prädisponirenden Einfluss der Scrophulose und gewisser Nasenconformationen in Abrede stellen zu wollen, die beständige Infection des Nasensekrets mit den Krankheitserregern der Atmosphäre eine primordiale Rolle in der Pathogenie der Ozaena.

BAYER.

24) **Thomas F. Harris. Die fötide atrophische Rhinitis in ihrer Beziehung zu Nebenhöhlenerkrankungen. (Rhinitis atrophica foetidans in its relation to diseases of the accessory sinuses.)** *N. Y. Med. Record. 9. October 1897.*

1. Es giebt keine einzelne und constante Ursache der Ozaena. Dieselbe ist nur als Symptom anzusehen.

2. Eine genuine Atrophie, die bis vor kurzem noch unerwiesen war, kommt nach den Arbeiten von Abel und Paulsen, die Löwenberg's Feststellungen bestätigen, aller Wahrscheinlichkeit nach vor.

3. Eine Herderkrankung, einschliesslich besonders der Nebenhöhlenerkrankung, ist zwar nicht die einzige, aber doch eine sehr wichtige und verbreitete Ursache der Ozaena.

4. Der Rhinologe soll deshalb in jedem Falle von Ozaena die Nebenhöhlen wiederholt und gründlich untersuchen.

LEFFERTS.

25) **F. Dagail. Beitrag zur Behandlung der Ozaena durch Electrolyse mit Metallelectroden und durch Circulation warmer Luft. (Contribution au traitement de l'ozène par l'electrolyse métallique et la circulation d'air chaud.)** *Thèse de Paris. 1897.*

D. analysirt die über diese Frage veröffentlichten Arbeiten und weist darauf

hin, dass die baktericide Eigenschaft der Oxychlorverbindung des Kupfers von Gautier und Favier nachgewiesen worden ist, ehe man noch daran dachte, sie für die Behandlung der Ozaena zu verwerthen. Er ist von der guten Wirkung der Elektrolyse durch seine Beobachtungen vollständig überzeugt und setzt die weniger günstigen Resultate anderer Beobachter einfach auf Rechnung eines mangelhaften Instrumentariums. Auch in der Circulation gewärmter Luft durch die Nase sieht G. einen wirksamen Factor der Ozaenatherapie.

A. CARTAZ.

26) **Cheval. Ueber die cuprische Electrolyse bei Ozaena. (A propos de l'électrolyse cuprique dans l'ozène.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 33 et 35. 1897.*

Ch. resumirt den heutigen Standpunkt der Ozaenabehandlung vermittelst der interstitiellen cuprischen Elektrolyse und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Alle Autoren erkennen die Nasendouche als ausgezeichnetes Reinigungsmittel der Nasenhöhlen an, aber trotz aller Beimengung von Medicamenten kann ihr bloss eine „palliative" Rolle bei der Ozaenabehandlung zugeschrieben werden.
2. In verschiedenen Ländern (Oesterreich, Frankreich, Deutschland, Belgien) hat die cuprische Elektrolyse überraschende Resultate ergeben.
3. Müssen diese überraschenden Resultate der Nasendouche, also einer einfachen Reinigung der Nasenhöhle, auf welche gewisse Autoren recurriren, zugeschrieben werden?
4. Er halte es für überflüssig auf diesen Punkt einzugehen, da die Antwort keinem Zweifel unterliegen könne.

BAYER.

27) **Maguan. Zur Behandlung der Ozaena mittelst interstitieller Electrolyse. (Du traitement de l'ozène par l'electrolyse interstitielle.)** *Thèse de Bordeaux. Juli 1897.*

Auf Grund seiner Erfahrungen an 31 Fällen kommt M. zu dem Schluss, dass wenn die Wirkung dieser Behandlungsmethode auch schnell eintritt, die erzielte Besserung doch nur temporär und der Regenerationsprocess an der Schleimhaut gleich Null ist. Der ganze Effect beschränkt sich auf eine zeitweise Hemmung der Krustenbildung und der Foetidität.

E. J. MOURE.

28) **Brindel. Die Behandlung der Ozaena mittelst interstitieller Electrolyse. (Du traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle.)** *Rev. hebd. de laryng. 21. August 1897.*

B. hat 30 Fälle von Ozaena mittelst Elektrolyse behandelt. Er beschreibt eingehend die Technik und giebt einen kurzen Ueberblick über jeden einzelnen Fall. Die Resultate der Behandlung waren:

Wirkliche Heilung . . .	2	Fälle,
Scheinbare „ . . .	8	„
Merkliche Besserung . .	13	„
Keine „ . .	7	„

Darnach hält Verf. diese Behandlungsmethode für sehr begrenzt in ihrer

Wirkung und keineswegs für überlegen den bisherigen Methoden (Massage, Einblasungen etc.).

A. CARTAZ.

29) **J. Gosewer. Fall von übelriechendem Schnupfen (Ozaena) behandelt mit Electrolyse. (Slutschai slowonnawo nasmorka polsowannawo electrolisom.)** *Wratsch. No. 40. 1897.*

Die eine Elektrode wurde mit in Salzlösung getränkter Watte umgeben und in die Nase geführt. Besserung.

P. HELLAT.

30) **E. J. Moure. Behandlung der Ozaena. (Treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 4. December 1897.*

M. hat Versuche mit der Elektrolyse gemacht, ist aber im Gegensatz zu den Resultaten von Cheval, Bayer, Rethi u. a. zu dem Ergebniss gelangt, dass der Erfolg der interstitiellen Elektrolyse nur ein theilweiser und ein sehr vorübergehender ist. Er empfiehlt, indem er zwischen denen unterscheidet, die sich nur eine zeitlang und denen, die sich bis zu Ende behandeln lassen wollen, folgende Therapie. Bei vorübergehender Behandlung reinigt er die Nasenhöhle mit in Karbolglycerin getauchten Wattetampons; danach wird die Nase und der Nasenrachenraum mit einer antiseptischen Lösung irrigirt. Bei ständigen Patienten wird erst ein paar Wochen die Nase mit Borsäurelösung gedoucht, dann die Nasenschleimhaut mit antiseptischer Watte massirt und gleichzeitig Argent. nitricum benutzt. Zuletzt wird der Höllensteinüberschuss durch eine alkalische Auswaschung aus dem Naseninnern entfernt. Auf diese Weise kann eine definitive Heilung erzielt werden.

LEFFERTS.

31) **Mackenzie. Behandlung der Ozaena. (Treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 4. December 1897.*

Die Ozaena ist eine Erkrankung der Schleimhaut, die Atrophie nur Folge des Drucks der harten Krusten. M. hatte den Versuch gemacht, die erkrankte Schleimhaut durch die Curette zu entfernen, damit sie sich durch neues Gewebe ersetzt. Nach dem Curettiren applicirt er ein Gemisch von Ichthyol und Olivenöl. Bisher hatte er gute Erfolge mit dieser Methode.

LEFFERTS.

32) **Belfanti** und **Della Vedova. Neue Studien über Krankheitsursachen und Behandlung der Ozaena. (Nuovi studii sulla etiologia e cura dell'ozena.)** *Gaz. Medica di Torino. 2. April 1896.*

Belfanti und Della Vedova behaupten in einer Denkschrift, welche sie der Medicinischen Academie in Turin am 27. März 1896 vorlegten, dass die Ursache der Ozaena nicht der bekannte „bacillus mucosus Ozaenae“, sondern ein abgeschwächter diphtherischer Bacillus sei. Aus diesem Grunde wandten sie gegen die Ozaena Einspritzungen von antidiphtheritischem Serum an und erzielten bei etwa 50 pCt. der Fälle das Verschwinden des üblen Geruches und der Sekretion, sowie Wiederanschwellung der Schleimhaut.

Bei Application zahlreicher (bis zu 30) Injectionen kamen manchmal Erytheme, Wassergeschwülste, Nasenblutungen und allgemeines Unwohlsein vor.

Prof. Bozzolo hat in 2 Fällen, in welchen er diese Behandlung anwandte, nur einmal Besserung der Krankheit erzielt und Prof. Gradenigo erklärt, dass er unter 14 Fällen bei keinem die völlige Entfernung der Krusten und des üblen Geruches erhalten konnte. DAMIENO.

33) **E. Lambard. Serumbehandlung bei Ozaena. (Serotherapie dans l'ozène.)** *Annales malad. de l'oreille. November 1897.*

Verf. behandelte 15 Fälle; die Patienten erhielten jeden 2. oder 3. Tag 5—10 ccm Diphtherieserum injicirt. Das Maximum der Gesammtmenge betrug 225 ccm, der Durchschnitt 125 ccm. Der foetide Geruch verschwand im allgemeinen sehr rasch, die Krusten waren öfters weniger reichlich; aber in keinem Falle kam es zur vollständigen und dauernden Heilung. Bei den Patienten, die nach 3 Monaten wieder untersucht wurden, fand man den Belfanti'schen Bacillus; dieser verschwindet während der Behandlung ebensowenig, wie der Löwenberg'sche. A. CARTAZ.

34) **W. Ablow. Zur Behandlung der Ozaena mit Antidiphtherieserum. (K letscheniju slowonnawo nasmorka proturo difteriinoi siworotkoi.)** *Wratsch. No. 40. 1897.*

A. sah in einem Falle nach einer einmaligen Einspritzung Heilung eintreten. Nach einer Woche (!! Ref.) kein Geruch. P. HELLAT.

35) **Jankau. Eine neue Methode der Vibrationsmassage der Nase.** *Monatschr. f. Ohrenh. etc. No. 5. 1897.*

J. verwendet zur Massage der Nase kleine Gummiballons, welche in verschiedener Grösse je nach den Raumverhältnissen in die Nase eingeführt werden. Ein 10—15 cm langer Schlauch ist an dem Ballonchen angebracht und am Ende dieses Schlauches befindet sich eine Erweitung wie bei einem Ohrkatheter, in welchen wieder das Katheteransatzstück des von J. angegebenen Doppelmassageballons passt. Als Motor dient die Hand oder besser ein Elektromotor, Dauer der Massage 2 Minuten mit ca. 6—700 Vibrationsbewegungen jeden zweiten Tag.

SCHECH.

36) **Jacquet** (Lyon). **Ein Nasenschleimhautextract.** *Wiener medicin. Presse. No. 38. Referat. 1897.*

Zur Bereitung dieses Extractes wird die Schleimhaut der mittleren und unteren Nasenmuscheln von Hammeln entsprechend präparirt und hat Rivière bei Nasenkrankheiten aller Art angeblich ausgezeichnete Resultate erhalten!??

CHIARI.

37) **Dunbar Roy. Klinische Studie über die Nasensyphilis. (A clinical study of nasal syphilis.)** *Southern Med. Record. Januar 1897.*

Verf. stellt kurz die Erscheinungen der primären, secundären und tertiären Syphilis in der Nase zusammen und illustrirt seine Darlegungen durch eine Reihe Krankengeschichten. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

38) **H. Ripault. Ein Fall von secundärer Syphilis der Nase. (Un cas de syphilis secondaire du nez.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 1. Januar 1897.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem eine acute Schwellung der unteren Muschel als sehr frühzeitige Manifestation von Syphilis sich herausstellte. Die gestellte Diagnose wurde bestätigt durch eine typische Roseola und Plaques muqueuses auf den Mandeln, die wenige Tage nachher erschienen. E. J. MOURE.

39) **Dionisio. Ueber einige wenig bekannte Formen tertiärer Syphilis der Nasenhöhle. (Su alcune forme poco note di Sifilide terziaria del naso.)** *Gaz. Medica di Torino. 11. Giugno 1896.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von tertiärer Syphilis der Nasenschleimhaut, gekennzeichnet hauptsächlich durch die blosse Anschwellung der Schleimhaut, ohne Geschwürsbildung und Eiterabsonderung. Die Beachtung dieses Punktes ist von besonderer Wichtigkeit, weil man leicht versucht sein könnte, chirurgisch einzugreifen, während die specifische Kur völlig genügt. DAMIENO.

40) **Taptas. Ein Fall von Syphilis der Nase mit fast vollständiger Zerstörung des knorpligen Septums und Erhaltung der äusseren Form der Nase. (Un cas de syphilis nasale avec destruction presque complète de la cloison cartilagineuse et conservation de la forme externe du nez.)** *Rev. hebd. de laryng. etc. No. 42. 16. October 1897.*

Nichts Besonderes; das Wesentliche sagt die Ueberschrift. E. J. MOURE.

41) **Bayet. Destruction des Nasenskeletts durch Syphilis. (Destruction du squelette du nez provoquée par la syphilis.)** *La Clinique No. 15. 1897. Journal Méd. de Bruxelles. No. 15. 1897.*

Vorstellung eines Kranken, bei dem durch tertiäre syphilitische Ulcerationen das Septum, der Vomer und die seitlichen Nasenknorpel zerstört waren.

BAYER.

42) **Ch. Lenhardt** (Havre). **Vollständiger Verschluss der Nase durch Narben von tertiären Syphiliden. (Occlusion complète des narines par cicatrices de syphilides tertiaires.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 4. April 1897.*

Die linke Nasenöffnung des Patienten wurde ohne Mühe mit dem galvanischen Messer wieder hergestellt und offen gehalten bis zur vollständigen Heilung; rechts aber, wo die Narbe die ganze Tiefe der Nase einnahm, war die Eröffnung sehr schwierig und die Passage liess sich auch trotz Anwendung der verschiedensten Methoden nicht frei halten. L. verlor den Kranken vor Abschluss der Behandlung aus dem Gesichte. E. J. MOURE.

43) **Paul T. Vaughan. Syphilis der Nase, des Halses und Larynx. (Syphilis of the nose, throat and larynx.)** *N. Y. Medical News. 20. November 1897.*

Nichts Neues oder Originelles. LEFFERTS.

44) **St. Clair Thomson. Primäre Tuberculose der Nase. (Primary tuberculosis of the nasal cavities.)** *Clinical Soc. Transactions; British Medical Journal. 30. October 1897.*

35jährige Frau von gesundem Aussehen und ohne nachweisbare Lungenerkrankung. Vor 2 Jahren ist eine glatte blassrothe gestielte Geschwulst von kaum Erbsengrösse vom Nasenseptum entfernt worden. Die Geschwulst wurde mikroskopisch als tuberculös erkannt, obgleich sich Bacillen nicht fanden. Jetzt ist die Erkrankung auch auf die andere Nasenseite übergegangen; beide untere Muscheln sind afficirt; an der hinteren Rachenwand sitzt eine flache Schwellung mit ulcerirter Oberfläche, im Mikroskop sieht man Riesenzellen und beginnende Verkäsung.

ERNEST WAGGET.

45) **Pluder** (Hamburg). **Schleimhautlupus.** *Deutsche medic. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 27. 1897.*

Vorstellung eines Falles, bei dem sich ohne Hauterkrankung Lupus 1. am Naseneingang und dem knorpeligen Septum, 2. an der hinteren Rachenwand und den hinteren Gaumenbögen, auf linke Mandel und Zäpfchen übergreifend, 3. am Alveolarfortsatz des Oberkiefers vorfand. Alter der Erkrankung 2 Jahre. Seit einem Jahr Lungenphthise.

ZARNIKO.

46) **G. Méneau** und **D. Frèche. Nasaler Ursprung des Gesichtslupus. (Origine nasale du lupus de la face.)** *Société française de Dermatologie et de Syphil. 26. April 1897.*

Der Lupus des Gesichts kann hervorgehen aus einem Lupus der Nasenhöhlen, welcher sich durch das Nasenloch oder durch den Thränencanal nach aussen fortpflanzt. Das Letztere soll überaus selten sich ereignen.

Die Verff. weisen auch darauf hin, dass die tuberculösen Infiltrationen der Halsdrüsen häufig mit verkannten lupösen Processen in der Nasenhöhle in Zusammenhang stehen.

PAUL RAUGÉ.

47) **E. Jeanselme** und **Laurens. Localisation der Lepra in Nase, Hals und Kehlkopf. (Localisation de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx.)** *Soc. Méd. des Hôpitaux. 23. Juli 1897.*

Das charakteristische Zeichen der nasalen Lepra ist das Nasenbluten. Im Anfang besteht bloss das Bild einer chronischen Coryza. Später wird der Knorpel zerstört und es kommt zu verschiedenartigen Deformitäten; häufig sind Septumperforationen. Der Geruch ist fast stets erhalten, die Sensibilität dagegen ebenso, wie auf der Haut, gestört. In dem schleimig-eitrigen Secret sieht man zumeist den Hansen'schen Bacillus theils innerhalb, theils ausserhalb von Zellen. Dieses Secret ist danach als infectiös anzusehen.

Die Veränderungen an der Zunge, am Gaumen, im Rachen und Kehlkopf sind oft denen der Syphilis ähnlich. Das Vorhandensein von Anästhesie ist für die Differentialdiagnose von Bedeutung.

PAUL RAUGÉ.

48) **O. Petersen. Ueber die ersten Erscheinungen des Aussatzes. (O perwich projaw lenijach prokasi.)** *Wratsch. No. 43. 1897.*

P. wiederholt in dem vorliegenden Aufsatze seine auf der Berliner Lepra-

conferenz mitgetheilten Anschauungen im Russischen noch einmal. Er bemüht sich, darin darzuthun, dass die ersten Eingangspforten für die Lepra in der Nasenschleimhaut zu suchen sind. Leider benutzt er zur Unterstützung dieser These sehr unzuverlässiges Material, worauf auch schon in Berlin hingewiesen wurde.

P. HELLAT.

49) **F. W. Andrews** und **James Berry. Nase und Lunge in einem Falle von Rotz. (Nose and lung in a case of glanders.)** (*Path. Soc. Transact.*) *British Med. Journal. 11. December 1897.*

Die Diagnose wurde erst bei der Section gestellt. Intra vitam bestand Ausfluss aus der Nase und Schwellung eines Augenlids.

Auf der Nasenschleimhaut fanden sich zahlreiche kleine gelbe „Tuberkel", ebenso im Antrum; einige von diesen waren geschwürig zerfallen. Beide Lungen waren von festen „Tuberkeln" durchsetzt und ähnliche Granulome fanden sich in der Haut an der Schulter und am Knie. A. demonstrirte die Bacillen in Deckglaspräparaten aus der Lunge und ausserdem eine typische Cultur auf Kartoffeln.

ERNEST WAGGETT.

50) **Dremmen** (Aachen). **Ueber primären Pemphigus der Schleimhäute.** Dissert. Würzburg. 1897.

41 jährige Frau, welche seit 12 Jahren an Beschwerden im Rachen, seit $^1/_2$ Jahre an einer Augenaffection leidet, ohne jemals Blasen an der äusseren Decke gehabt zu haben. Bei der Untersuchung fand man essentielle Schrumpfung der Bindehaut beider Augen und Pemphigusbläschen in Nase, Rachen und Kehlkopf.

SEIFERT.

51) **Joal. Nasenbluten als Folge von Gerüchen. (Epistaxis dues aux odeurs.)** *Revue hebd. de laryngol. etc. No. 26. 26. Juni 1897.*

Ausser Migräneanfällen, Schwindel, Uebelkeit, Syncope, Asthma etc. sind Gerüche auch im Stande, Nasenbluten zu verursachen. Joal verfügt über 3 derartige Beobachtungen. Es scheint dabei ein vasodilatatorisches Moment, das reflectorisch durch den Geruch ausgelöst wird, eine Rolle zu spielen.

E. J. MOURE.

52) **R. W. Erwin. Nasenbluten bei Typhus. (Epistaxis in typhoid fever.)** *N. Y. Medical Record. 27. November 1897.*

Nach E.'s Beobachtungen kommt bei Typhus bisweilen die Perforation der Nasenscheidewand nahe ihrem Gesichtsende zu Stande. Verf. hat deshalb jeden Fall von Nasenbluten genau untersucht und gleichmässig als Ursprung der Blutung ein und denselben Punkt gefunden, der etwa $^1/_4$—$^1/_3$ Zoll vom Aussenrande des Septums entfernt auf einer oder auf beiden Seiten liegt. Die Beachtung dieser Thatsache befähigt den Pflegenden, die Blutung sofort zum Stehen zu bringen, indem er auf diese Stelle seinen Finger drückt.

LEFFERTS.

53) **S. Trask. Nasenbluten und seine Behandlung. (Epistaxis and its management)** *Pacific Med. Journal. Juli 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).



54) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Nasenbluten. (Nasal hemorrhage.)** *Scott Med. and Surg. Journal. October 1897.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen localen Ursachen von Nasenbluten und über die entsprechende Behandlung.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

55) **Rendu. Ein Mittel gegen recidivirendes Nasenbluten. (A remedy for recurrent epistaxis.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Januar 1897.*

Bei hartnäckigem und häufig recidivirendem Nasenbluten durch Gefässtumoren der Haut oder Schleimhaut empfiehlt Verf.

Antipyrin 0,45
Tannin 0,9
Sach. alb. 11,25.

LEFFERTS.

56) **Redactionelle Notiz. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 13. März 1897.*

Bei hartnäckigem Nasenbluten wird folgende Lösung empfohlen:

Sublimat. corrosiv. 0,06
Ac. hydrochlor. dilut.
Tct. Cannabis Indicae aa 7,5
Ergotin 1,8
Syr. simpl. 30,0
Infus. Quassiae 240,0

S. 3mal täglich 1 Theelöffel voll in 1 Glas Wasser.

LEFFERTS.

57) **T. Hutchinson. Zur Behandlung des Nasenblutens. (A treatment of epistaxis.)** *N. Y. Med. Journal. 17. April 1897.*

H. lässt den Pat. Füsse und Hände in heisses Wasser tauchen, so heiss er es nur ertragen kann. Diese Behandlungsmethode hat ihm nie versagt, auch in den hartnäckigsten Fällen nicht.

LEFFERTS.

58) **Rougier. Zur intranasalen Application bei Nasenbluten. (An intranasal application for epistaxis.)** *N. Y. Med. Journal. 15. Mai 1897.*

R. empfiehlt folgende Mischung:

Ac. benzoic.
Ac. tannic.
Ac. carbol. aa 1 Theil
Collodium 20 Theile.

LEFFERTS.

59) **G. H. Mackenzie. Nasenbluten. (Nasal hemorrhage.)** *N. Y. Med. Journ. 30. October 1897.*

Von localen Mitteln gegen Nasenbluten nennt M. die Nasendouche mit heissem Wasser von 50—60° C., die Tamponade der vorderen Nase mit Terpentintampons, das Einlegen von Cocainwatte (obgleich Cocain secundär die Blutung steigern soll); ferner von mehr populären Mitteln das Erheben der Arme über den Kopf, die Application von Kälte in den Nacken, von Ziehpflastern auf die Lebergegend; dann Digitalis, Ergotin, Antipyrin u. a. m.

Verf. ist jedoch der Ansicht, dass keines dieser Mittel der Aetzung mit dem Galvanokauter, mit Chromsäure oder dem Höllenstein in Substanz an Wirksamkeit gleichkommt. Von diesen Mitteln, und zwar vornehmlich von der Galvanokaustik, soll in allen Fällen von schwerer, recidivirender Blutung stets Gebrauch gemacht werden. Da die blutende Stelle meist zugänglich ist, macht die Application nicht die geringsten Schwierigkeiten und kann von jedem auch nicht specialistisch geschulten Arzte vorgenommen werden.

LEFFERTS.

60) **Gosewer. Zur Casuistik der Blutungen aus der Nase, dem Halse und Ohre. (K kasuistike krowotetschenii is nosa, gorla i ueha.)** *Wratsch. No. 40. 1897.*

Allgemeine Ursachen der Blutungen waren: Rheumatismus, Morbus Brighti. Gegen diese Krankheit gerichtete Behandlung brachte Linderung. In einem Falle kleine Geschwulst am Tubenwulst. Galvanokaustik — Heilung.

P. HELLAT.

61) **Max Thorner. Nasenbluten schwerster Art, mit Bericht über einen Fall, in dem die Unterbindung der Carotis communis erforderlich war. (Epistaxis in the most serious form, with report of a case necessitating ligation of the common carotid.)** *N. Y. Med. Record. 23. October 1897.*

Der Patient hatte einen Schlag mit einem Eisenring gegen die Nase und die rechte Gesichtsseite erhalten. Er wurde gleich ins Krankenhaus gebracht, wo die Nase tamponirt wurde. Die Tamponade von vorn und hinten wurde 18 Tage lang unterhalten; stets beim Entfernen des Tampons blutete es von neuem. Der Pat. wurde so blutleer, dass man sich zur Carotisunterbindung entschloss. Jetzt stand die Blutung. Der Pat. wurde 1 Monat später entlassen.

LEFFERTS.

62) **Thomas. Behandlung einer schweren Nasenblutung mittelst Wasserstoffsuperoxyd. (Traitement d'une hémorrhagie nasale grave par l'eau oxygenée.)** *Marseille méd. 15. October 1897.*

Die schwere Blutung kam sofort zum Stehen.

A. CARTAZ.

63) **Le Clerc. Vom Nasenbluten. (De l'épistaxis.)** *La Clinique. No. 51. 1897.*

In der Sitzung vom 3. December 97 des Cercle Méd. von Brüssel berichtet L. über einen Fall von profusem Nasenbluten, welches sich einige Wochen nach einer Hautdiphtheritis bei einem Individuum eingestellt hatte, das nie zuvor an Nasenbluten gelitten; ferner hatte L. die Gelegenheit, chronisches Nasenbluten hereditären Ursprungs bei einer Dame zu beobachten, welche seit ihrem 8. Lebensjahre beinahe täglich davon heimgesucht war, ohne dass irgend eine locale oder allgemeine Behandlung dasselbe zum Verschwinden bringen konnte. Die Dame litt an einer compensirten Mitralinsufficienz mit Leberanschwellung und starb im Alter von 68 Jahren an zunehmender Schwäche. Die Mutter und Tante derselben litten gleichfalls an hartnäckigem Nasenbluten, ebenso einer ihrer Söhne, und zwar schon vom 3. Lebensjahre an.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

64) **L. H. Bodman. Reflectorisches Erbrechen infolge zu langen Zäpfchens. (Reflex vomiting from elongated uvula.)** *Toledo Medic. and Surgic. Reporter. Januar 1897.*

Die Uvula, die 2 Zoll lang war, wurde abgetragen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

65) **Münchheimer. Ueber extragenitale Syphilisinfection.** Aus der Universitäts-klinik für Hautkrankheiten zu Breslau. — *Arch. f. Derm. u. Syph. XL. 1897.*

In ca. 5 Jahren wurden 46 Fälle extragenitaler Infection beobachtet, u. a. fand dieselbe statt 2mal am Mundwinkel, 5mal an den Tonsillen, 1mal am Arcus palatoglossus u. s. f. Ihr Verhältniss zur genitalen Ansteckung ist ca. 6—7 pCt.

A. ROSENBERG.

66) **Bloch. Ueber extragenitale Syphilisinfection.** Aus der dermatol. Klinik von Prof. Pick in Prag. — *Arch. f. Dermat. u. Syphil. XXXIX. 1897.*

B. berichtet über 14 Fälle mit Primäraffect an der Oberlippe, 31 an der Unterlippe und 1 an beiden zugleich. 5mal waren der Sitz der Initialsklerosen die Mundwinkel, 3mal die Tonsillen, 2mal die Zungenspitze, 1mal der Nasenflügel u. s. w.

A. ROSENBERG.

67) **A. E. Diehl. Fünf Fälle von extragenitalem Schanker. (Five cases of extragenital chancre.)** *Buffalo Med. Journal. April 1897.*

In zwei Fällen handelt es sich um Mandelschanker.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

68) **G. Martin. Beitrag zum Studium des Mandelschankers. (Contribution à l'étude du chancre de l'amygdale.)** *Arch. med. Angers. I. p. 540.*

Bericht über einen Fall. Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

69) **W. L. Wainwright. Tonsillitis gefolgt von rasch tödtlich verlaufender Pyaemie. (Tonsillitis accompanied by rapidly fatal pyaemia.)** *Brit. Medical Journal. 11. September 1897.*

17jähriges Mädchen, erkrankt an Tonsillitis; nach 4 Tagen eitrige Entzündung des linken Handgelenks und Phlebitis der V. saphena. Trotz Injection von Antistreptokokkenserum nach 4 Tagen Exitus letalis.

ADOLPH BRONNER.

70) **Redact. Notiz. Gegen einfache Tonsillitis. (For simple tonsillitis.)** *Med. News. 6. November 1897.*

Rp. Creolin. 0,9
Aqua destill. 30,0
Aqua Menth. piper. 11,25.

MDS. Gurgelwasser.

LEFFERTS.



71) **Levy. Gegen folliculäre Tonsillitis. (Follicular tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 2. October 1897. N. Y. Med. Journal. 16. October 1897.*

Rp. Ol. Kreosoti gtt. 8,
Tct. myrrhae
Glycerin. ana 60,00
Aqua 240,00.

S. 2 stdlch. zum Gurgeln.

LEFFERTS.

72) **W. Severn. Fälle von folliculärer Tonsillitis infolge von Milchinfection. (Cases of follicular tonsillitis due to milk infection.)** *Lancet. 17. Juni 1897.*

Eine Reihe von Fällen von Tonsillitis trat in Familien auf, die aus derselben Quelle Milch bezogen. Die Milch von 2 Kühen wurde normal befunden; in der dritten Kuh aber fand sich der Streptococcus pyogenes und der Staphylococcus albus, die auch auf den erkrankten Tonsillen nachgewiesen wurden.

ADOLPH BRONNER.

73) **M. Sibut. Congestion zu den Mandeln an Stelle der menstruellen Blutung bei einer Ovariotomirten. (Congestion amygdalienne suppléant les fonctions menstruelles chez une ovariotomisée.)** *France Méd. 3. Juli 1897.*

Die Fluxion zu den Mandeln trat periodisch bei einer Patientin auf, der beiderseits die Ovarien exstirpirt worden waren. Sie wiederholte sich regelmässig alle 4 Wochen nnd dauerte jedesmal 2—4 Tage.

PAUL RAUGÉ.

74) **H. W. Whittaker. Chronisch erkrankte Mandeln. (Chronically diseased tonsils.)** *N. Y. Med. Record. 23. October 1897.*

Von chronischen Mandelerkrankungen kommen vor die Hypertrophie, Hyperplasie und Atrophie. Hypertrophie findet sich beim Kinde, Hyperplasie beim Erwachsenen. Die Entfernung vergrösserter Mandeln wirkt sehr häufig auf die Stimme.

LEFFERTS.

75) **Hugues. Chronische Abscesse der Mandeln. (Des abscès chroniques des amygdales.)** *Revue hebd. de laryngol. etc. No. 44. 30. October 1897.*

Verf. beschreibt unter diesem Namen das, was man gewöhnlich als encystirte lacunäre Mandelentzündung bezeichnet. Er meint, dass die weisslichen Massen, die man an den Mandeln sieht, nicht in Krypten liegen, sondern in geschlossenen Follikeln. Er fügt freilich hinzu, dass er eine histologische Untersuchung über diesen Punkt nicht angestellt hat.

E. J. MOURE.

76) **Moure. Gegen Mandelhypertrophie. (For hypertrophy of the tonsils.)** *Medical News. 23. October 1897. Wien. Med. Presse. No. 42. 1897.*

Jodi puri 0,06
Kalii jodati 0,12
Tct. opii 1,2
Glycerin. 120,0.

MDS. Morgens und Abends auf die Mandeln zu pinseln. Ferner in einer Verdünnung von $^1/_2$ Theelöffel auf 1 Glas warmes Wasser zum Gurgeln zu benutzen.

LEFFERTS.

77) **J. F. Barnhill. Hypertrophie der Tonsillen. (Hypertrophied faucial tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 23. October 1897.*

Verf. unterscheidet 1. die Patienten, die niemals irgend eine Störung von Seiten ihrer Mandeln empfinden; 2. die, welche ein- oder mehrere Male im Jahre mit Tonsillitis oder Angina erkranken; 3. die Patienten mit einer kleinen, flachen und doch pathologischen Mandel. — Die Krypten müssen in allen Fällen gereinigt werden. Von der Entfernung der normalen Tonsillen hat der Organismus keinen merkbaren Schaden. Die krankhaften Tonsillen können zur Ursache von Reflexneurosen, ferner von Autoinfection werden; sie wirken durch Störung der Resorption als obstruirende Körper u. s. w. Ihre Exstirpation ist deshalb nöthig. Verf. bespricht die verschiedenen Methoden derselben. LEFFERTS.

78) **Adolph Bronner. Messer zum Schlitzen der Tonsillen in Fällen von lacunärer Tonsillitis. (Knife for slitting open the tonsils in cases of lacunar tonsillitis.)** *Lancet. 17. April 1897.*

Das bei Down, London, gefertigte Instrument ist dem Gottstein'schen Messer ähnlich (Abbildung). Der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der Erkrankungsprocesse in den Tonsillen, die Centren für locale, wie allgemeine Infection darstellen. Autoreferat.

79) **Herbert A. Smith. Neue Zange für die Tonsillen. (New tonsil forceps.)** *Lancet. 24. Juli 1897.*

Beschreibung und Abbildung des bei Arnold u. Sons, London, angefertigten Instrumentes. ADOLPH BRONNER.

80) **Broeckaert. Schwere Nachblutung nach der Amygdalotomie. (Hémorrhagie tardive grave à la suite de l'amygdalotomie.)** *La Belgique Médic. No. 20. 1897. Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 45. 1897.*

Nachblutung am 7. Tage nach Mandelabtragung mit der galvanocaustischen Schlinge bei einem 20jährigen Mädchen, welche nur mit grosser Mühe zum Stillstand gebracht werden konnte. BAYER.

81) **Porquet** (Vives). **Mandelsteine. (Des calculs des amygdales.)** *L'année Médicale de Caen. 15. Juni 1897.*

Anlässlich eines bei einem Knaben von 13 Jahren entfernten Mandelsteins bespricht Verf. die Symptomatologie und Therapie dieses Leidens.

Die Mandelsteine äussern sich meist durch eine Angina, die sehr häufig recidivirt und bald einfach entzündlich ist, bald von Oedem und Dyspnoe oder Dysphagie begleitet, bisweilen sogar eitrig ist. In letzterem Falle wird der Stein ziemlich häufig spontan mit dem Eiter entleert.

Die Diagnose wird durch die Palpation gestellt, bei der man den harten Stein fühlt, oder durch das Auge, wenn der Stein an einer Stelle blossliegt.

Die Behandlung besteht gewöhnlich in der Entfernung der ganzen Mandel durch die Tonsillotomie, oder in der Spaltung der Mandel. Man muss daran denken, dass das Messer an dem harten Stein zerbrechen kann. PAUL RAUGÉ.

82) **A. L. Kenny** (Melbourne Victoria). **Bemerkungen über einen Fall von Mandelstein. (Notes on a case of calculus of the tonsil.)** *Australian Medic. Gazette. 20. December 1897.*

Patient, ein Mann von 32 Jahren, klagte über ein Gefühl von Erstickung und einen unüberwindlichen Impuls, zu schlucken. In der rechten Mandel wurde ein Stein entdeckt und entfernt; derselbe wog 3,6 g. A. J. BRADY.

83) **Caucheteux. Beobachtung eines Falles von Lymphosarcom behandelt und geheilt durch Pyoctanininjectionen in den Tumor. (Observation d'un cas de lymphosarcome, traité et guéri par les injections de Pyoctanin dans la tumeur.)** *Annales et Bull. de la Société de Gand. Août-Sept. 1897.*

Es handelt sich um ein Lymphosarcom der rechten Mandel bei einer 37jährigen Dame, welche täglich 1 ccm einer 3proc. Pyoctaninlösung an verschiedenen Stellen des Tumors und zweimal täglich Natr. arsenic. (0,002—0,006) subcutan während 12—15 Tagen injicirt bekam, worauf ausgesetzt und später wieder begonnen wurde. — Sollten nicht die Arsenikinjectionen eher als die localen Pyoctanininjectionen das ihrige zum Schwinden des Lymphosarcoms beigetragen haben?

BAYER.

84) **Nemery. Sarcom beider Mandeln. (Sarcome de deux amygdales.)** *Arch. Méd. Belges. Juillet 1897.*

Patient, Soldat von 22 Jahren, datirt den Anfang seines Leidens — Mandelanschwellung — auf 8 Jahre zurück. Verschiedene Male wurden die Mandeln ausgeschnitten, wuchsen aber immer wieder nach. Die mikroskopische Untersuchung wurde nun vorgenommen und ergab ein kleinzelliges Rundzellensarcom, worauf Patient aus dem Militärdienst entlassen wurde. BAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

85) **Silberschmidt** (Zürich). **Erläuterungen zum bakteriologischen Theil der (schweiz.) Diphtherieenquête.** IV. Klin. Aerztetag in Zürich. Referat in *Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte. H. 9. p. 271. Juni 1897.*

Prochaska fand im hygienischen Institut in Zürich bezüglich der Frage der Identificirung oder Differencirung des Diphtheriebacillus gegenüber dem im Knochen Gesunder und nicht Diphtheriekranker vorkommenden sog. Pseudodiphtheriebacillus, dass sich beide Bacillengruppen durch constante, charakteristische Merkmale unterscheiden lassen und doch einstweilen kein Grund zur Identificirung vorliegt. Die Merkmale sind im Referat nicht angegeben. S. hebt die Bedeutung der Nachuntersuchung hervor.

S. hält das Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung für zuverlässig. Das sicherste Verfahren ist bis jetzt die Züchtung auf Blutserum. JONQUIÈRE

86) **J. Nowak. Untersuchungen der Rachenschleimhaut in Bezug auf die bei Diphtheriefällen vorkommenden Mikroben.** Instit. f. patholog. Anatomie des Prof. Browicz in Krakau. — *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 25. 1897.*

N. untersuchte 16 Fälle, welche klinisch theils als eigentliche Diphtherie,

theils als sogenannte postscarlatinöse Angina necrotica diagnosticirt wurden. Verf. behauptet, dass die Diphtherie im Beginne eine locale, durch den Löffler-schen Bacillus und den Staphylococcus hervorgerufene Infection sei, welche aber später in eine allgemeine septische Infection übergehen kann, wobei hauptsächlich in das Blut und in die inneren Organe der Staphylococcus eindringt. In manchen Fällen ebnet der Staphylococcus den Weg auch dem Löffler'schen Bacillus, welcher dann nach ihm dorthin gelangt. CHIARI.

87) **Prochaska. Die Pseudodiphtheriebacillen des Rachens.** *Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankheiten. XXIV. 3. Wiener med. Wochenschr. No. 47. 1897.*

Unter anderen Merkmalen der betreffenden Bacterienculturen giebt P. als eines der wichtigsten Unterscheidungsmittel gegen echte Diphtheriebacillen an, dass die Pseudodiphtheriebacillen die alkalische Reaction der Lakmusbouillon nicht in Säure umwandeln. CHIARI.

88) **Sevestre** (Paris). **Ueber Diphtheritis. (Sur la diphthérie)** *Société Medic. des Hôpitaux. 16. Juli 1897.*

Die Association von Diphtheriebacillen und Streptokokken ist häufig und für die Prognose erschwerend.

Um das Vorhandensein einer Strepto-Diphtherie annehmen zu können, müssen die Streptokokken aber entweder in dem Culturröhrchen nach 24 Stunden oder in dem von der Membran angefertigten Präparat in reichlicher Menge nachweisbar sein.

Der kurze Bacillus steht nicht immer in Beziehung zur Diphtherie; zum mindesten weist er auf eine abgeschwächte Form hin. PAUL RAUGÉ.

89) **Vere Webb. Ueber die Ursachen der Diphtherie. (What is the cause of diphtheria.)** *Lancet. 28. August 1897.*

Feuchtigkeit ist ein ursächlicher Factor bei der Entstehung der Diphtherie, ferner sich zersetzende organische Substanz (!). Häufig verbreiten die Infection staubige Schulräume, ferner auch Katzen (!). ADOLPH BRONNER.

90) **C. E. Booth. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *The Physician and Surgeon. Juni 1897.*

Nichts von Interesse. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

91) **M. Björkstén** (Finland). **Ein Fall von Diphtheritis mit aussergewöhnlichen Complicationen. (Et Fall af difteri med ovanliga komplikationer.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. S. 707. 1897.*

Verf. theilt einen Fall von Diphtheritis bei einem 3jährigen Mädchen mit. Nachdem die lokale Affection geheilt war, trat eine Lähmung des Gaumens ein, dann folgten mit längeren oder grösseren Zwischenräumen Störungen von Seite der Respirationsorgane, des Herzens und der Nieren. Die Leber vergrösserte sich sehr bedeutend. Zuletzt folgte rechtsseitige Facialisparese, totale rechtsseitige Hemiplegie, Incontinenz der Blase und Parese der Pharynxmusculatur. Nach $5\frac{1}{2}$ Monaten konnte die Patientin geheilt entlassen werden. SCHMIEGELOW.

92) **B. S. Shurly. Masern complicirt mit Kehlkopfdiphtherie; Heilung durch Intubation. (Measles complicated by laryngeal diphtheria. Intubation. Recovery.)** *N. Y. Med. Journal. 5. Juni 1897.*

Knabe von 4 Jahr 8 Monaten. 4 Tage nach dem Exanthem war der Croup und 36 Tage später die hochgradige Kehlkopfstenose mit allen ihren Erscheinungen deutlich. Es wurde die Intubation gemacht und 1500 Immunitäts-Einheiten injicirt. Der Knabe genas.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

93) **Kato. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Brief. Juli 1897.*

Verf. hat mit Calcium sulfur. in Dosen von 0,02 1/2 stündl. gute Resultate erzielt und glaubt, dass diese Behandlungsmethode allgemeinere Verbreitung finden wird.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

94) **Variot** (Paris). **Statistik der Diphtherie im Hôpital Trousseau. (Statistique de la diphtherie à l'Hôpital Trousseau.)** *Soc. méd. des Hôpit. 2. Juli 1897.*

Die Mortalität, die 1895 15,54 pCt. betrug, weicht wenig von der des Jahres 1896 mit 15,27 pCt. ab. Alle Kranken wurden mit Serum behandelt. Was den chirurgischen Eingriff anlangt, so war die Mortalität nach der Tracheotomie nicht grösser, als nach Intubation.

PAUL RAUGÉ.

95) **Ch. Richet. Die Sterblichkeit und die Serumtherapie bei Diphtheritis. (La mortalité et la serotherapie dans la diphthérie.)** *Revue scient. 17. Juli 1897.*

R. weist tabellarisch den glücklichen Einfluss des Serums auf den Gang und die Mortalität der Diphtherie nach. Die Sterblichkeit betrug in Paris:

1865	945	1890	1668
1870	881	1891	1361
1875	1328	1892	1403
1880	2048	1893	1192
1881	2211	1894	982
1882	2244	1895	440
1885	1655	1896	423

Seit 1894, seit der Einführung des Serums also, ist die Mortalität unter die von 1867 gesunken trotz der Zunahme der Bevölkerung seit jener Zeit.

In den Hospitälern war die Mortalität 1893 noch 45 pCt.; sie ist 1895/96 auf 15 pCt. gefallen.

A. CARTAZ.

96) **Gouget. Experimentelle Untersuchung über die Wirkung des Diphtherieheilserums auf vorbestehende Albuminurie. (Etude experimentale de l'action du serum antidiphthérique sur l'albuminurie préexistente.)** *Société de Biolog. 31. Juli 1897.*

Bei Kaninchen, die künstlich durch Bleisalze oder subcutane Injection von Natriumchromat albuminurisch gemacht waren, hatte das Diphtherieserum absolut keinen Einfluss auf die Albuminurie.

Man darf daraus schliessen, dass das Serum auch bei bestehender Albuminurie ohne Schaden gegeben werden darf.

PAUL RAUGÉ.

97) **Kenigsberg. Bericht über Diphtherie und ihre Behandlung mit Antidiphtherie-Serum. Aus der diphtheritischen Abtheilung des Orenburger Gouvernements-Krankenhauses während der Epidemie 1895—1896. (Otschet o difterite i letschenii protivo difteriinoi siworotkoi is difteriinawo otdelenija orenburg. gubern. bolnitsi sa epidemiju 1895—1896.)** *Woenno-Med. Journal. August 1897.*

Der erste Diphtheritisfall in Orenburg wurde 1885 beobachtet. Eingeschleppt wurde die Krankheit aus Moskau. 1886 wurden 2, 1895—1896 603 Fälle beobachtet und mit Serum behandelt.

Sterblichkeit 11,4 pCt.

Nach einer eingehenden Besprechung seiner Beobachtungen kommt H. zu folgenden Schlüssen:

1. Das Serum wirkt unbedingt auf die Krankheit.
2. Es setzt die Temperatur herab.
3. Es hebt das subjective Befinden.
4. Es setzt der Verbreitung des localen Processes ein Ende.
5. Es wirkt auf die Larynxstenose günstig.
6. Die Pseudomembranen erscheinen zuweilen erst am 11. Tage, sind also ein sehr unsicheres Zeichen zur Bestimmung des Beginnes.
7. Die bacteriologische Untersuchung sichert die Frühdiagnose und bestimmt die Isolirung.
8. Das Serum hat keine Nachtheile.

P. HELLAT.

98) **J. Herald. Klinische Vorlesung über die Diphtheriebehandlung. (Clinical lecture on the treatment of diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 5. Juni 1897.*

Bericht über 100 Fälle. Injicirt wurden 1000 Immunitätseinheiten; eine Injection schien auszureichen. Alle Fälle kamen zur Heilung (!). Als prophylactische Dosis wurden 500 I. E. gegeben.

ADOLPH BRONNER.

99) **A. G. Newell. Ausschläge nach Diphtherieserum. (Antidiphtheritic rashes.)** *Brit. Med. Journ. 18. September 1897.*

Bericht über 2 Fälle.

ADOLPH BRONNER.

100) **Robert Stirling** (Perth). **Zwölf Fälle von Kehlkopfdiphtherie mit Tracheotomie und Serum behandelt. (Twelve cases of laryngeal diphtheria treated by tracheotomy and antitoxic serum.)** *Scottish Medical and Surgical Journal. Juni 1897.*

11 Fälle genasen; vor der Serumperiode war der Procentsatz der Heilung bei tracheotomirten Fällen geringer.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

101) **A. Jefferis Turner** (Brisbane Queensland). **Zweiter Bericht über die Serumbehandlung bei Diphtheritis im Metropolitan Asylums Board (London) 1896. (Second report on the use of antitoxin serum in the treatment of diphtheria) (Metropolitan Asylums Board [London] 1896.)** *Intercolonial Med. Journal of Australia. 20. August 1897.*

Verf. unterzieht den gesammten Bericht einer kritischen Besprechung.

A. J. BRADY.



102) **C. W. Abbott. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Journal of Med. and Science. Juni 1897.*

Bericht über 20 mit Serum behandelte Fälle, die sämmtlich zur Heilung kamen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

103) **E. C. Levy. Kehlkopfdiphtherie behandelt mit Serum und Calomelräucherung. (Laryngeal diphtheria treated by antitoxin and calomel fumigation.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 11. Juni 1897.*

Bericht über einen einzelnen Fall.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

104) **E. Rosenthal. Die specifische Serumtherapie bei Kehlkopfdiphtherie. (The specific use of diphtheria antitoxin in laryngeal diphtheria.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 9. Juli 1897.*

Zusammenstellung von 48 Fällen mit 7 Todesfällen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **C. D. Nelson. Heilserumpräparate. (Preparations of diphtheria antitoxine.)** *N. Y. Med. Journ. 5. Juni 1897.*

N. fragt in einem Briefe an den Herausgeber an, welches Serumpräparat die American Society für absolut zuverlässig halte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

106) **D. G. Sauor. Diphtherie bei einem 9 Tage alten Kinde. (Diphtheria in an infant 9 days old.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Juni 1897.*

Die Mutter erkrankte an Diphtherie 5 Tage vor der Geburt und starb am Tage der Entbindung. Eine Woche darauf erkrankte das Neugeborene mit Diphtherie der Nase und des Halses. Das Kind konnte keine Nahrung nehmen. Um 10 Uhr Vorm. bekam es 500 I. E. und um 2 Uhr Nachm. begann es zu schlucken. Um 6 Uhr Nachm. bekam es noch einmal 500 I. E. und am anderen Tage waren die Membranen nahezu losgestossen. Noch einmal wurden 250 I. E. eingespritzt; am Abend war das Kind anscheinend wohl. In der 3. Woche trat eine leichte Schlucklähmung auf.

War das Kind bei der Geburt bereits krank oder fand die Infection nach der Geburt statt?

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) **A. Mc Allister. Der gegenwärtige Stand der Serumbehandlung bei Diphtheritis. (Present status of serum treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 14. August 1897.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **L. Papkow. Ueber die Intubation bei der Diphtherie. (Ob intubazii pri difterii.)** *Wratsch. No. 28. 1897.*

Nichts Neues.

P. HELLAT.

109) **Delotte. Zehn Fälle von Intubation wegen Croup. (10 cas de tubage pour croup.)** *Limousin Med. Juni 1897.*

8 Fälle wurden geheilt; 1 starb im Moment der Intubation, 1 an Broncho-

pneumonie. In einem Fall war die Intubation unmöglich und es musste tracheotomirt werden; der Fall kam zur Heilung.

A. CARTAZ.

110) **P. T. Hughes** (Edinburgh). **Intubation des Kehlkopfs bei Diphtheritis. (Intubation of the larynx in diphtheria.)** *Scottish Medical and Surg. Journ. Juni 1897.*

Nichts Neues.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

111) **J. H. Halsted. Die Intubation bei der Diphtheritis vor und seit der Einführung des Heilserums. Bericht über 57 Intubationen in der Privatpraxis. (Intubation in diphtheria before and since the use of antitoxin. Reports of 57 intubations in private practice.)** *N. Y. Med. Journ. 12. Juni 1897.*

1. Die laryngeale Diphtheritis ist in ihrem epidemischen Auftreten niemals mild gewesen, sondern hat stets eine Mortalität von 90—95 pCt. gehabt. Durch die Intubation und Tracheotomie ist diese auf 72—76 pCt. herabgedrückt worden.

2. Die vom Verf. beobachteten Fälle von Intubation ergaben ohne die Serumtherapie eine Sterblichkeit von 25 pCt. und wenn man von den Todesfällen innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Injection absieht, sogar nur 10 pCt. Die Reduction von 76 auf 10 pCt. ist dem Serum zuzuschreiben.

3. Das Serum muss stets so frühzeitig als möglich gegeben werden, in laryngealen Fällen noch ehe die Diagnose bakteriologisch sicher gestellt ist. Auf diese Weise verhütet man gewöhnlich die Ausbreitung auf den Larynx; und wenn es dazu zu spät ist, kommt man doch oft wenigstens ohne Operation aus.

4. Kein Kind sollte an Kehlkopfstenose sterben, ohne dass man die Operation, vorzugsweise die Intubation versuchte. Gleichzeitig gebe man Serum ohne Rücksicht auf das Stadium der Krankheit; die verzweifeltsten Fälle können noch in Heilung ausgehen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **Krukenberg. Zur chirurgischen Behandlung der Diphtherie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 28. 1897.*

Da K. glaubt, dass manchmal durch das Heilserum eine profuse Ablösung der Membranen in Trachea und Kehlkopf erfolge, welche Suffocation erzeugen können, so wendet er jetzt kleinere Dosen von Serum mehrmals täglich an. Nebstdem lässt K. heisse Wasserdämpfe einathmen; er giebt der Tracheotomia inferior den Vorzug und entfernt die Canüle möglichst bald. Vor dem Einführen wird die innere Canüle in Oel getaucht und jede mechanische Reizung wie Reinigung der Canüle mit Federposen verboten. Im Uebrigen nichts Neues.

SCHECH.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

113) **J. Mount Bleyer. Originaluntersuchung über die fluoroskopische Diagnose bei gewissen Formen von Lungen-, Hals und Herzerkrankung etc. (An original research on the fluoroscopic diagnosis of certain forms of lung, throat and heart disease etc.)** *Charlotte Med. Journ. April 1897.*

Der einzige Theil der Arbeit, der auf unsere Disciplin Bezug hat, ist die

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles, bei dem eine Intubationsröhre fluoroskopisch an der Bifurcation der Trachea localisirt wurde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

114) **E. Kallius. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Kehlkopfes.** *Anat. Hefte von Merkel und Bonnet. IX. Bd. I. Abth. 28.—30. Heft. 1897.*

Verf. hat die Entstehung der Formenverhältnisse und die Entwickelung der Knorpel des menschlichen Kehlkopfes eingehend untersucht, wobei ihm die Heranziehung der Kehlkopfentwickelung unserer Hausthiere (Hund, Kaninchen, Schwein, Schaf, Rind) zur Orientirung und Ergänzung einiger Lücken des menschlichen Materials gedient haben. Für die Einzelheiten der sehr detaillirten Untersuchung muss auf das Original verwiesen werden. Von allgemeinerem Interesse ist es, dass Verf. zwei symmetrische Wülste, die unterhalb der vierten Schlundtasche das Vorderdarmrohr von der Seite zusammendrücken, als Rudimente des fünften Schlundbogenpaares auffasst. Allerdings entspricht ihnen keine äussere Hervorwölbung in der Halsgegend, durch welche die vier ersten Schlundbögen des Menschen, die bisher allein anerkannt waren, sich ohne Weiteres als solche zu erkennen geben. Aus jenen symmetrischen Wülsten gehen die sogenannten Arytaenoidwülste hervor, die für die Entwickelung des Kehlkopfes des Menschen von grundlegender Bedeutung sind.

R. SEMON.

115) **F. Reincke. Ueber die functionelle Structur der menschlichen Stimmlippe mit besonderer Berücksichtigung des elastischen Gewebes.** *Anatomische Hefte von Merkel und Bonnet. IX. Bd. I. Abth. 28.—30. Heft. 1897.*

Verf. findet bei genauer Untersuchung der Structur der menschlichen Stimmbänder folgendes: Die elastischen Fasern des Lig. vocale sind, entsprechend der constanten Richtung des Druckes stark ausgebildet, während die zu diesen beiden Richtungen schräg verlaufenden Anastomosen fast ganz atrophisch sind. Die Propria der Schleimhaut trägt, anstatt Papillen, Leisten, die in der Richtung des constanten Zuges sich ausgebildet haben. Die elastischen Fasern, sowie die Gefässe der Propria verlaufen parallel der Richtung der Leisten, ebenfalls der constanten Zugrichtung entsprechend. Dort, wo am hinteren Theil der Plica vocalis eine Stelle sich findet, die in sehr verschiedenen Richtungen dem Zuge ausgesetzt ist, ist die Propria zu Papillen mit senkrecht zu ihrer Achse verlaufenden elastischen Fasern erhoben. Das Territorium des Pflasterepithels der Stimmlippe entspricht im Ganzen dem Ort der grössten Dehnung und Verschiebung der tieferen Theile. Die Grenzen des künstlichen Oedems entsprechen topographisch der Uebergangsstelle der functionell umgeänderten Structur in die typische Formation. Aus diesen Befunden zieht Verf. den Schluss, dass die morphologische Structur der Stimmlippe, besonders was die Anordnung der elastischen Elemente anlangt, sich innig der speciellen Function des Organs angepasst zeigt.

R. SEMON.

116) **J. P. Kinnicutt. Blutung aus der Kehlkopftonsille. (Hemorrhage from the laryngeal tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 24. April 1897.*

Als Ursache der Blutung beschreibt K. einen varicösen Zustand der Venen der Kehlkopftonsille [? Red.].

LEFFERTS.

117) **Nachod** (Prag). **Ein Fall von Larynxstenose.** Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 29. October 1897. — *Prager medicin. Wochenschr. No. 47. 1897.*

Decubitus nach Intubation mit consecutiver Narbencontractur. Allmälige Dilatation durch temporäre Tubage.

CHIARI.

118) **G. Sutherland** und **H. Lack. Congenitale Kehlkopfverengerung. (Congenital laryngeal obstruction.)** *Lancet. 11. September 1897.*

Eine Zusammenstellung von 18 Fällen. Zuerst wird Stridor bemerkt, der sofort nach der Geburt oder in den ersten 14 Tagen sich zeigt. Der Allgemeinzustand ist gut. Die Inspiration endet in einen hohen Ton, das Exspirium ist oft mühelos. Es besteht Einziehung am Thorax; keine Mandelschwellungen oder Adenoide. Die Stimmbänder sind schwer zu sehen. Ursache ist nicht ein Spasmus, sondern eine Art Klappenbildung am oberen Theil des Kehlkopfs, ein Nach-innen-Fallen der Seitenwände beim Inspirium. Die Prognose ist günstig, wenn der Kräftezustand ein guter ist. Bromide und Strychnin haben keinen Werth. Die Allgemeinbehandlung führt zum Ziele.

ADOLPH BRONNER.

119) **Lacoarret. Ein Fall von Diaphragma der Glottis. (Un cas de diaphragme glottique.)** *Annales de la Polyclinique de Toulouse. No. 5. Mai 1897.*

Junges Mädchen von 19 Jahren; die subjectiven Symptome bestanden nur in einer Dysphonie, die seit der Geburt beständig vorhanden war. Objectiv sah man im Spiegel eine Membran von triangulärer Form mit concavem hinteren Rand, welche die vorderen zwei Drittel der Stimmbänder vereinigte. Die Kranke liess eine Operation nicht zu.

E. J. MOURE.

120) **O. Chiari** (Wien). **Polyp der Epiglottis.** Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Wien. October 1897. — *Wiener klinische Wochenschrift. No. 43. 1897.*

Bei einem 9jährigen Knaben zeigte die laryngoskopische Untersuchung einen über erbsengrossen, kurzgestielten, blassrothen Tumor, welcher nahe dem linken oberen Rande der hinteren Kehldeckelfläche ausging und der auch in das Larynxlumen hineingezogen wurde, quälenden Hustenreiz auslösend. Infolge der Angst und Ungeberdigkeit des Knaben musste der Tumor in allgemeiner Narkose entfernt werden, was mit einer nach der Fläche abgeknickten Scheere geschah. Der Tumor war ein Polyp im Sinne Eppinger's mit allen Bestandtheilen der Schleimhaut und des submucösen Gewebes. Ch. berichtet über den Fall, da die allgemeine Narkose der einzige Ausweg war, um den Tumor ohne Thyreotomie oder Pharyngotomie zu entfernen.

Autoreferat.

121) **Frankenberger. Multiple Kehlkopfpapillome beim Kinde. (Papillomes multiples du larynx chez les enfants.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 7. Juli 1897.*

Anlässlich eines Falles, den er behandelt hat, stellt Verf. die Behandlung durch die natürlichen Wege und den Eingriff von aussen (Thyrotomie) in Ver-

gleich. Die erstere soll in allen Fällen versucht werden, in manchen ist sie aber unmöglich.

E. J. MOURE.

122) **Rosenfeld** (Karlsbad). **Larynxtumor — Asphyxie.** Centralverein deutscher Aerzte in Böhmen. Sitzung vom 12. October 1897. — *Prager med. Wochenschrift. No. 46. 1897.*

Bei einem 12jährigen Mädchen verschloss ein wallnussgrosser, höckeriger Tumor den Larynxeingang und musste das Kind wegen Dyspnoe tracheotomirt werden. Der mittelst Pharyngotomia subhyoidea entfernte Tumor erwies sich als Fibrosarcom mit papillomatösem Bau. Im Verlaufe des nächsten Jahres recidivirte der Tumor mehreremale, so dass zur halbseitigen Larynx-Exstirpation geschritten werden musste. Kurze Zeit darnach zeigte sich ein sarcomatöser Tumor an derselben Halsseite unter dem Kopfnicker. Im Ganzen waren bisher 7 operative Eingriffe nöthig.

CHIARI.

123) **Raoult. Ein Fall von sehr grossem Myxom des Kehlkopfs. (Un cas de myxome très volumineux du larynx.)** *Bull. et Mem. de la Soc. franç. de laryngol. Paris. 1897.*

Der Kehlkopf war in seinem Volumen vergrössert, aber beweglich. Der Tumor, der eine gräuliche Masse darstellte, erfüllte den ganzen Kehlkopfeingang und setzte sich in den Pharynx fort. Nach der Abtragung konnte man erkennen, dass die Insertionsstelle die hintere Fläche beider Aryknorpel und der rechte Rand der Epiglottis war. Die histologische Untersuchung sicherte die Diagnose.

E. J. MOURE.

124) **Bar. Maligner Tumor im Kehlkopf bei einem Tuberculösen. (Tumeur maligne du larynx chez un tuberculeux.)** *Arch. internation. de laryngologie. No. 6. 1897.*

Verf. beschreibt die Entwicklung einer malignen Kehlkopfgeschwulst bei einer Frau von 65 Jahren mit vorgeschrittener Phthise. Ein histologischer Beweis für die Malignität des Tumors ist übrigens nicht erbracht.

E. J. MOURE.

125) **Depäge. Kehlkopfkrebs und Lungentuberculose. (Cancer du larynx et tuberculose pulmonaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 49. 1897.*

In der anatomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel, am 26. Nov. 1897, berichtet D. über einen Kranken mit Kehlkopfkrebs und Lungentuberculose; Alcoholiker, bei welchem die Tracheotomie vorgenommen werden musste. Wegen heftiger Blutungen und weil die Speisen durch die Trachealcanüle abgingen, was auf eine Oesophagusfistel schliessen liess, entschloss sich D., die Laryngectomie vorzunehmen, welcher der Kranke nach 4 Tagen an Erscheinungen von Seiten der Lunge erlag. Es zeigte sich nun, dass keine Oesophagusfistel vorhanden war, und dass es einer Verschwärung des oberen Randes des Kehlkopfes zuzuschreiben war, dass die Speisen nicht in die Speiseröhre, sondern in den Kehlkopf und von da die Trachealcanüle passirten.

BAYER.

126) **Quenu** (Paris). **Epitheliom des rechten Stimmbands. (Epithelioma de la corde vocale droite.)** *Société de Chirurgie. 21. Juli 1897.*

Der Kranke, der vor 1 Jahre mittelst Thyrotomie operirt wurde, ist recidivfrei und wohl.

PAUL RAUGÉ.

127) **Mayo Collier. Rapide wachsendes Kehlkopfepitheliom. (Rapidly growing epithelioma of the larynx.)** *The Clinical Journal. 24. März 1897.*

55 jähriger Mann, bei dem nur ein grauer Fleck auf der Oberfläche des rechten Stimmbandes zu sehen war. 1 Woche später fing derselbe an, sich rasch auszudehnen, nach 9 Wochen bestand schon ein wallnussgrosser Tumor.

ADOLPH BRONNER.

128) **A. v. Bergmann** (Riga). **Ueber den Kehlkopfkrebs und seine Behandlung.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 46. 1897.*

B. berichtet über 22 Carcinome. 11 von diesen kamen zu spät in Behandlung und waren inoperabel. 2 waren Pharynxcarcinome mit Uebergreifen auf den Larynx. Beide wurden operirt; der eine starb 7 Tage nach der Operation an septischer Pneumonie, der andere ist erst vor Kurzem operirt.

Bei den Larynxcarcinomen wurde eine Laryngotomie mit Ausschabung gemacht. Dieser Fall ist jetzt $4^3/_4$ Jahre gesund. Die partielle Larynxexstirpation wurde in 3 Fällen gemacht. Von diesen starb einer gleich nach der Operation, der zweite nach 2 Monaten an Lungenabscess, und der dritte bald an Recidiv.

Die Totalexstirpation wurde in 5 Fällen ausgeführt. Von diesen ist einer im Anschluss an die Operation gestorben, 3 befinden sich in der Periode der relativen Heilung (vor 1—$1^1/_2$ Jahren operirt), einer ist über 12 Jahre gesund. Die Operation wurde nach vorhergehender Laryngotomie und bei Abschluss der Trachea mit Wattebäuschchen ausgeführt. Vor Reflexhusten schützte B. durch mit 10 pCt. Coc. getränkte und in den Pharynx eingeführte Tampons.

Die Pharynxnaht wird empfohlen; die Fistel versucht man durch Plastik zu schliessen. Der Wolff'sche Apparat verursachte Respirationsstörung und wurde nicht vertragen. Im Anschluss hieran bespricht Bergmann die Schwierigkeit der Diagnose, besonders gegenüber der Tuberculose. Er operirte einmal trotz Stückchendiagnose vermittelst Mikroskop fälschlich einen Tuberculösen. B. plaidirt für Laryngotomie.

P. HELLAT.

129) **Benisowitsch. Zur Frage der Kehlkopfexstirpation beim Krebs. (K woprosu udalenija gortani pri rakowom jeja porajenii.)** *Chirurgie. Mai 1897.*

Mittheilung einer vorgeschrittenen krebsigen Erkrankung des Kehlkopfes und der Lunge. Exstirpirt wurden nur die Aryknorpel, ein Theil des Ringknorpels und der Kehldeckel. Tod nach $1^1/_2$ Monaten.

P. HELLAT.

130) **C. W. Richardson. Larynxexstirpation. (Laryngectomy.)** *National Med. Review. Juni 1897.*

54 jähriger Patient mit Larynxepitheliom, stirbt an acutem Lungenödem, 3 Tage nach der Operation.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

131) **F. P. H. Stuart. Ein künstlicher Kehlkopf. (An artificial larynx.)** *Lancet. 17. April 1897.*

Eingehende Beschreibung und Abbildung eines vom Verf. angefertigten künstlichen Kehlkopfes.

ADOLPH BRONNER.

132) **Henry Morris. Die richtige Behandlung bei Durchschneidung des Halses durch unmittelbare Naht aller durchtrennten Gewebe. (Proper treatment of cut throat wounds by immediate suturing of all the divided structures.)** *Lancet. 5. Juni 1897.*

Mittheilung eines Falles. Die Ränder der Luftröhre sollen durch zahlreiche Seidennähte, die durch die Schleimhaut geführt werden, sorgfältig vereinigt werden; dann werden die verschiedenen oberflächlichen Theile schichtweise genäht.

ADOLPH BRONNER.

133) **R. G. Hogarth. Ueber die Behandlung bei durchschnittenem Hals. (Remarks on the treatment of cut-throat.)** *Brit. Med. Journ. 21. August 1897.*

Die Wunde soll sorgfältig gereinigt und dann sofort schichtweise vernäht werden. H. berichtet über einen Fall, der einen Mann von 48 Jahren betrifft.

ADOLPH BRONNER.

134) **Szigeti. Selbstmord durch Auto-exstirpation des Kehlkopfs. (Suicide by auto-exstirpation of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 22. Mai 1897.*

Die 42 jährige Selbstmörderin wurde sterbend auf dem Boden eines Badezimmers gefunden, neben ihr in einer Blutlache der Larynx. Der Tod trat nach 8—9 Stunden ein. Die Frau hatte mit einem Taschenmesser, das sie in der rechten Hand hielt, durch zahlreiche Schnitte von rechts nach links bei stark zurückgebogenem Kopf die Luftwege zwischen Zungenbein und Schildknorpel eröffnet. Dann hatte sie wahrscheinlich mit der Linken den Kehlkopf gefasst und herausgeschnitten. An dem Rücken des Mittelfingers der linken Hand war eine Schnittwunde vorhanden. Beide Fusssohlen waren blutig; wahrscheinlich war also die Frau nach der That noch ein paar Schritte gegangen.

LEFFERTS.

135) **A. J. Park** (West Maitland N. S. W.). **Ein Fall von Fractur der Trachea mit subcutanem Emphysem und Eiterung. (A case of fracture of the trachea with subcutaneous emphysema and suppuration.)** *Australian Med. Gazette. 20. October 1897.*

Mann von 46 Jahren, dem bei der Arbeit ein Stein vorn gegen den Hals schlug. Er nahm kaum Notiz davon; am nächsten Tage aber war der Hals geschwollen. Als P. den Mann 12 Tage später sah, war die Athmung beschleunigt; der Kranke war leicht cyanotisch und schluckte sehr schwer. Der ganze Hals, von der Clavicula bis zum Kieferwinkel, war geschwollen; die Haut des Halses und der oberen Partie der Brust war hellroth. Der Patient hatte Fröste. Bei der Incision entleerte sich Luft und ein sehr fötider Eiter. Der Patient genas. Verf. macht auf die geringe Gewalt, die zur Fractur geführt hatte, aufmerksam; er vermuthet in der Verkalkung der Trachealringe den Grund hierfür.

A. J. BRADY.

f. Schilddrüse.

136) **Soulier** und **Verdun. Ueber die ersten Bildungsphasen der Thyreoidea media. (Sur les premiers stades de la formation de la thyroide mediane.)** *Société de Biologie. 1. Mai 1897.*

Die Verff. berichten über ihre Untersuchungen an Kaninchen-, Katzen- und Menschen-Embryonen. Die Thyreoidea entwickelt sich aus einer einzigen Knospe, die bald voll, bald hohl ist.

PAUL RAUGÉ.

137) **E. de Cyon. Die Herznerven und die Schilddrüse. (Les nerfs du coeur et la glande thyroide.)** *Académie des Sciences. 28. Juni 1897.*

Versuche, die Verf. an Kaninchen, Hunden und am Pferde anstellte, zeigten ihm, dass der N. depressor Fasern enthält, die direct auf die Schilddrüse einwirken.

Die Wechselwirkung, die Herz und Schilddrüse durch Vermittelung dieses Nerven auf einander ausüben, erklärt die Haupterscheinungen der Basedow'schen Krankheit.

PAUL RAUGÉ.

138) **S. Goldberg. Einfluss der Entfernung der Schilddrüse bei jungen Thieren auf die Entwickelung des Organismus, besonders des Schädels und des Gehirns. (Wlijanie udalenija schtschitowidni jelesi u molodich jiwotnich na paswitie ich organisma w osobennoski tscherepa i mosga.)** *Russki Archiv Patologii. Mai und Juni 1897.*

Der Autor hat hier seine bereits im „Westnik obschtschestwennoi gigieni" veröffentlichten Resultate breiter ausgeführt. Etwas neues zu dem Referat ist nicht hinzuzufügen.

P. HELLAT.

139) **W. Pokrowski. Der Einfluss der Entfernung der Schilddrüse bei Hunden auf die quantitative und qualitative Zusammensetzung der weissen Blutkörperchen. (Wlijanie udalenija schtschitowidni jelesi u sobakna kolitschestwenni u katschestwenni sostaw belich scharikow krowi.)** Mittheilung in der Gesellschaft russischer Aerzte. — *Wratsch. No. 20. 1897.*

Pokrowski entfernte die Drüse mittelst Medianschnitt. Die Blutkörperchenuntersuchung war die gewöhnliche. Es fand sich eine auffallende Verminderung junger weisser Blutkörperchen, Vermehrung reifer Blutkörperchen; ein grosser Theil letzterer ist vergrössert, mit umfangreichen Kernen; Uebergänge in überreife, wie Uskow und Selinow sie bei milzlosen Hunden constatirt haben, kommen vor. Bei Hunden, bei denen eine Cachexia strumipriva nicht eintrat, fehlten auch die Veränderungen im Blute. Bei Thieren, bei denen zugleich auch die Milz entfernt wurde, traten die beschriebenen Veränderungen, also Vermehrung reifer Blutzellen auf, aber weit langsamer und nicht so hochgradig. Verf. glaubt in Folge dessen sich zu der Schlussfolgerung berechtigt, dass die Schilddrüse und die Milz in Bezug auf ihren Einfluss auf das Blut gleichwerthige Organe sind.

Diese Schlussfolgerung scheint etwas zu vorschnell. Aus der einfachen Zählung und Beobachtung weisser Blutkörperchen auf die Identität zweier in ihren Functionen so complicirter Organe (wenn auch nur in Bezug auf ihre Einwirkung auf weisse Blutkörperchen) schliessen zu wollen, erscheint zum mindesten verfrüht.

P. HELLAT.

140) **Depage. Schilddrüsenexstirpation. (Thyroidectomie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 9. 1897.*

In der belg. chirurg. Gesellschaft vom 27. Februar 1897 bestreitet D. die von Thiriar in einer früheren Sitzung ausgesprochenen Ideen bezüglich der Thyroidectomie und theilt seine eigenen Anschauungen über den Gegenstand mit.

BAYER.

141) **De Luca** und **D'Angiero. Die antitoxische Kraft der Schilddrüse. (The antitoxic power of the thyroid gland.)** *N. Y. Med. Journal. 3. April 1897.*

Die Verff. prüften die Giftigkeit des Urins beim Hunde vor und nach der Exstirpation der Schilddrüse. Sie fanden dieselbe nach derselben erhöht. Der urotoxische Coëfficient beginnt allmählich zu steigen, ehe noch nervöse Erscheinungen als Folge der Operation vorhanden sind; mit dem Auftreten dieser erreicht er sein Maximum. Hungernde Thiere zeigen ebenfalls eine Zunahme der Toxicität des Urins, doch keine so starke, wie thyroidectomirte. Nach Einverleibung von Schilddrüsensaft nimmt die Toxicität wieder ab. Also: im Organismus des der Schilddrüse beraubten Hundes ist ein Uebermaass von Giftstoffen vorhanden und der Schilddrüsensaft vermag diese zu neutralisiren.

LEFFERTS.

142) **Rositzky** (Graz). **Ueber den Jodgehalt von Schilddrüsen in Steiermark.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 37. 1897.*

R. untersuchte nach dem von Baumann angewandten calorimetrischen Verfahren von Rabourdin. Die Drüsen wurden in frischem Zustande gewogen, zerkleinert und auf Glasplatten bei 100° getrocknet. Hierauf wurden die Trockengewichte bestimmt und die Drüsen auf einer Handmühle möglichst fein zermahlen. Für jede Drüse wurden zwei einander controlirende Bestimmungen mit je 1 g Trockensubstanz vorgenommen, die fast ausnahmslos gut stimmten.

R. bestätigt die Richtigkeit der Baumann'schen Befunde u. a., dass namentlich der relative Gehalt der Kropfe an Jod geringer ist als der normaler Drüsen und dass in den Drüsen Neugeborener kein Jod nachweisbar ist.

CHIARI.

143) **S. Ehrmann** (Wien). **Ein Fall von Joderythem nach Darreichung von Jodothyrin.** *Wiener med. Blätter. No. 20. 1897.*

Es handelte sich um einen Fall von Psoriasis, der durch längere Zeit mit Jodkali behandelt wurde, mit dem jedoch wegen Auftretens von Erythem ausgesetzt werden musste. Nun wurde am 1. Tage der Jodothyrintherapie 0,3 g, am 2. 0,3 g, am 3. 0,5 g gegeben. Am 4. Tage zeigte sich diffuse Röthung auf den Extremitäten, die sich rasch über den Körper ausbreitete, sodass schliesslich nicht mehr als ein Cubikcentimeter der ganzen Hautoberfläche normal war.

CHIARI.

144) **P. Guéniot. Kropf infectiösen Ursprungs. (Goitre d'origine infectieuse.)** *Société anatomique. 16. Juli 1897.*

Es handelt sich um eitrige Schilddrüsenentzündung im Anschluss an Typhus mit schweren suffocativen Erscheinungen.

PAUL RAUGÉ.

145) **J. Seldowitsch. Struma in einer überzähligen Schilddrüse an der Zungenwurzel. Myxoedem nach der Entfernung derselben. (Slutschai soba w dobawotschnoi schtschitowidnoi jelese na korne jasika. Slisisti otjek posle ewo udalenija.)** *Wratsch. No. 31. 1897.*

Seit einigen Monaten entwickelte sich bei einem 14jährigen, sonst gesunden Mädchen eine Geschwulst auf der Zungenwurzel. Sie wurde mit einer galvanokaustischen Schlinge durch Dr. Zeidler entfernt. Nach 7 Monaten erschien die Patientin mit allen Symptomen des Myxödems. Die Anwendung von Schilddrüsenpräparaten hatte vollen Erfolg.

P. HELLAT.

146) **W. Fox** (Christchurch N. Zealand). **Ein Fall von Kropf mit tödtlichem Ausgang. (A fatal case of goitre.)** *The Australian Med. Gazette. 22. Juni 1897.*

Die Patientin wurde mit schwerster Dyspnoë in das Krankenhaus aufgenommen. Sie sollte operirt werden, starb aber in der Chloroformnarkose. Bei der Section zeigte sich, dass die Trachealringe, auf welche der Kropf drückte, vollständig resorbirt waren; die Trachea bildete nur einen Spalt.

A. J. BRADY.

147) **Goris. Ueber einen Fall von tiefem retrosternalem Kropfe, operirt von Goris. (Sur un cas de goitre rétro-sternal profond, operé par le Docteur Goris.)** *Bull. de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 7. 1897.*

Krankenvorstellung und Vorzeigen des Präparates eines operirten, tief hinter dem Sternum herabhängenden Cystenkropfes einer 50jährigen Frau, dessen Anfang auf 27 Jahre zurück datirt.

BAYER.

148) **F. Hanszel** (Wien). **Ueber Thyreoidinbehandlung der Strumen.** Aus dem Ambulator. für Nasen- und Halskrankheiten des Prof. O. Chiari in Wien.

H. berichtet über 220 Strumen, bei denen Thyreoidin (Merck) in Anwendung kam. Die tägliche Dosis war meist nur 1 Pastille 0,35 Thyreoidin enthaltend. H. konnte keine wesentlichen unangenehmen Nebenwirkungen constatiren und verzeichnet den günstigsten Erfolg bei parenchymatösen Strumen.

CHIARI.

149) **Rabé. Substernales Sarcom der Schilddrüse auf die Trachea übergreifend; sarcomatöse Vegetationen in der Trachea; Tod durch beiderseitige pleuro-pulmonäre Infection. (Sarcome plongeant du corps thyroide, envahissement de la trachée, végétations sarcomateuses intratrachéales, mort par infection pleuro-pulmonaire double.)** *Soc. Anatom. Paris. 9. Juli 1897.*

Krankengeschichte des Falles, dessen wesentliche Züge aus der Ueberschrift hervorgehen.

A. CARTAZ.

150) **R. Verhoogen. Multiple symmetrische Lipome vergesellschaftet mit anderen trophischen und vasomotorischen Störungen bei einem Falle von Struma**

exophth. (Lipomes multiples et symetriques avec autres troubles trophiques et vasomoteurs dans un cas de goitre exophthalmique.) *Journal Méd. de Bruxelles. No. 25. 1897.*

Bei einem Fall von Struma exophth. bestehen multiple symmetrische Lipome und zeigen sich häufig am Zeige- und Ringfinger beider Hände Anfälle „localer Syncope"; ferner eine Reihe dunkelblauer Flecke auf beiden Händen; an der letzten Phalange aller Finger beider Hände eine im Entstehen begriffene Sklerodermie insbesondere am rechten Auricularis. BAYER.

151) **Valemon. Die Basedow'sche Krankheit, ihre Symptomatologie, Pathogenese und Therapie, einschliesslich der Durchschneidung des Sympathicusstammes. (Du goitre exophthalmique, symptomes, pathogénie, traitement; section du grand sympathique cervical.)** *Gazette des hôpitaux. 19. Juni 1897.*

Allgemeine Uebersicht. A. CARTAZ.

152) **C. E. Nammeck. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit behandelt mit Schilddrüse. (A case of exophthalmic goitre treated with thyroid gland.)** *N. Y. Med. Journal. 3. Juli 1897.*

Pat. nahm täglich 4,32 g und wurde ersichtlich gebessert.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

153) **G. H. Cobb. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 3. Juli 1897.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

154) **T. T. Paul. Bemerkungen über chirurgisch behandelte Tumoren und Vergrösserungen der Schilddrüse. (Remarks on tumours and enlargements of the thyroid gland treated surgically.)** *Brit. Med. Journal. 3. Juli 1897.*

Bericht über 23 operirte Fälle. In 6 Fällen wurde die Thyroidectomie wegen Basedow'scher Krankheit gemacht. Die übrigen betreffen Tumoren verschiedener Art; dieselben sind mikroskopisch untersucht. ADOLPH BRONNER.

155) **Doyen. Die Abtragung der Schilddrüse bei der Basedow'schen Krankheit. (L'ablation du corps thyroide dans le goitre exophthalmique.)** *Semaine méd. 29. Juli 1897.*

D. verfügt über zwei Beobachtungen. In beiden folgte der Operation unmittelbar und dauernd das Verschwinden aller Symptome. D. ist Gegner der Sympathicusdurchschneidung, die er für weniger wirksam aber gefährlicher als die Thyroidectomie hält. A. CARTAZ.

156) **J.C. Fisher. Ein Fall von operativem Myxoedem. (A case of operative myxoedema.)** *Pacific Med. Journal. Juni 1897.*

Ein typischer Fall, beobachtet bei einer Frau von 33 Jahren. Die Schilddrüsenverfütterung führte zur Besserung, obgleich die Exstirpation der Schilddrüse 20 Jahre zurücklag und die Pat. diese ganze Zeit „invalid" gewesen war. Sie bezeichnet sich jetzt selbst als „ganz gesund". FROTHINGHAM (LEFFERTS).

g. Oesophagus.

157) **Vilain. Fremdkörper des Oesophagus. Perforation des Oesophagus und der Trachea. Tod. Autopsie. (Corps étranger de l'oesophage; perforation de l'oesophage et de la trachée; mort; autopsie.)** *La Clinique. No. 32. 1897.*

Vergl. Referat: Gallet: Perforation der Trachea. La Clinique No. 10. 1897.

BAYER.

158) **A. A. Snyder. Oesophagotomie und Entfernung einer Zahnplatte mit dem centralen oberen Schneidezahn. (Oesophagotomy and removal of dental plate with upper central incisor tooth.)** *N. Y. Med. Journal. 18. September 1897.*

Krankengeschichte. LEFFERTS.

159) **C. Mayhaw. Verbesserte Oesophagussonde. (An improved oesophageal probang.)** *Lancet. 18. September 1897.*

Abbildung und Beschreibung des bei Mayer u. Meltzer angefertigten Instruments. ADOLPH BRONNER.

160) **Gilles. Anwendungsweise der verschiedenen bei der Urethra gebräuchlichen Behandlungsmethoden bei Oesophagusstenosen. (Applications aux rétrécissements de l'oesophage des diverses méthodes de traitement électrique employée pour l'urètre.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 39. 1897.*

Spasmus und Bindegewebsschrumpfungen sind zwei streng zu unterscheidende Elemente, welche durch geeignete Mittel bekämpft werden können.

Der schwache continuirliche Strom, local angewandt in Form von zunehmenden Oliven, ist ein schmerzloses Mittel und giebt bessere Resultate, als seine äussere Anwendung; er muss immer angewandt werden, wo letztere im Stich lässt. Der lineären Elektrolyse muss immer die Dilatation mit den Oliven vorausgehen und nachfolgen, ausgeführt nach den angegebenen Principien.

BAYER.

161) **Brosch. Carcinom des Oesophagus.** Wissenschaftlicher Verein d. k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien. Sitzung vom 27. Februar 1897. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1897.*

Der Tumor sass 3 cm oberhalb der Bifurcation der Trachea — also an einer atypischen Stelle. Im vorliegenden Falle bestand die örtliche Disposition in dem Angrenzen einer 5 cm im Durchmesser haltenden, alten, von derbem Narbengewebe umgebenen, an den Oesophagus durch entzündliche Adhäsionen fixirten tuberculösen Caverne. Das carcinomatöse Oesophagusgeschwür perforirte einerseits in die Caverne, andererseits in die Trachea. CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Braunschweig, 20—25. September 1897.

Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Einführender: Fleischer (Braunschweig)
Schriftführer: Dorn (Braunschweig).

1. W. A. Bottermund (Dresden): Ueber die ärztliche Behandlung von Störungen der Singstimme.

Allgemeine Ursache Ueberanstrengung. Begünstigt wird dieselbe durch mangelhafte Gesangstechnik und Anomalien im Ansatzrohr. Pathologisch anatomisch charakterisiren sich die Stimmstörungen im Kehlkopf selbst durch Parese der einzelnen Glottisverengerer isolirt oder combinirt, Hyperämie, Ektasie u. s. w. Einfluss allgemeiner Erkrankungen oder bestimmter Organerkrankungen auf die Stimme. Werth eines gebildeten musikalischen Gehörs und eigener Gesangstechnik für die Beurtheilung erkrankter Singstimmen bezüglich Diagnose und Prognose. Unvermögen mancher Sänger zu nasaliren. Behandlung: Beseitigung von Hyperplasien im Ansatzrohr. Herstellung möglichst symmetrischer Wände im Ansatzrohr, was namentlich bei Excision der Gaumenmandeln zu berücksichtigen ist. — Behandlung von Allgemeinzuständen und Ruhe der Stimme während dieser Zeit. Auswaschung des ganzen Ansatzrohrs mit schwachem Camilleninfus, in welchem Kochsalz und kohlensaures Natron je 1 pCt. gelöst ist, mittelst Spritze. Durch diese Waschung wird die Secretion angeregt. Gegen Paresen: Faradisation und Galvanisation mittelst Doppelelektrode. Endolaryngeales Elektrisiren ist bei der Empfindlichkeit der Sänger nicht angebracht. Elektromotorische Percussionsmassage. B. empfiehlt Vereinigung beider Methoden mittelst Verbindung des elektromotorischen Apparates mit einer Batterie. Rationelle Heilgymnastik der Stimme. Gesangsübungen zu Heilzwecken. Nachahmungstalent für den Sänger wichtiger, als alle Kenntniss der Anatomie und Physiologie des Kehlkopfs.

Als Ausgangspunkt für die Uebungen eignen sich am besten Flüsterübungen. Einfluss analog der therapeutischen Wirkung des Flüsterns beim Stottern. Stimmübungen bei ausgewähltem Text zunächst mezzo forte in kleinem Umfang und bequemer Tonlage. Stärkung der Respirationsmuskeln. Weniger die Kraft, als die Oeconomie und Geschicklichkeit der Athemführung ist für den Gesang von Bedeutung.

2. M. Em. Fink (Hamburg): Zur Pathologie des Nasenblutens.

In 2 Fällen von Operation einer Spina septi narium tritt heftige Blutung auf der nicht operirten Seite auf. F. bespricht nach kurzer Erwähnung der

traumatischen und spontanen Epistaxis die vicariirende an Stelle der Menstruation, die Epistaxis des Pubertätsalters, die Blutungen bei unverletzter Schleimhaut, welche lediglich durch Einwirkung auf die Vasomotoren zu erklären seien. — Blutungen auf neuropathischer Basis, Blutungen reflectorisch erzeugt durch Einwirkung auf bestimmte entferntere Organe. Einfluss der Masturbation. F. vergleicht die Blutungen, welche nach Operation auf der nicht operirten Seite der Nase auftreten, mit den Uterusblutungen nach Castration und erklärt dieselben lediglich durch Einwirkung auf die Vasomotoren als directe Folge der Operation.

3. C. P. Friedrich (Leipzig): Muskelveränderungen bei Recurrenslähmung.

Auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen an einem Falle von Recurrenslähmung nach Aortenaneurysma kommt F. zu folgenden an der Hand von Mikrophotographien dargelegten Schlüssen: Eine einfache Muskelatrophie hat die Muskeln der gelähmten Seite in ungleicher Weise ergriffen. Es ist auffallend, dass die Atrophie in derselben Reihenfolge und in einer ihr entsprechenden Stärke die Muskeln betroffen hat, wie wir es bei Anerkennung des Semon'schen Gesetzes zu erwarten haben. Ob aber die hochgradige Atrophie des M. cricoarytaenoid. post. darauf hindeutet, dass dieser Muskel früher erkrankte, als die übrigen weniger degenerirten, oder mit anderen Worten, dass die Posticuslähmung zuerst bestand und sich ihr erst später die Lähmung der Adductoren anschloss, lässt sich aus diesem anatomischen Verhalten zunächst nicht bestimmen. F. ist zur Klärung dieser Frage mit Thierexperimenten beschäftigt, welche noch nicht zum Abschluss gekommen sind.

4. G. Krebs (Hildesheim): Was ist Pharyngitis sicca?

Die verschiedensten Krankheitsprocesse werden mit dem Eigenschaftswort „sicca“ versehen, trockene Entzündung ist nur ein Name, kein Begriff. Die Fachliteratur schildert die Pharyngitis sicca in verschiedener, jedenfalls nicht übereinstimmender Weise.

3 Symptome sind allen Beschreibungen ziemlich gemeinsam: Schleimhautatrophie, subjectives Trockenheitsgefühl, Secretionsanomalien. Keins dieser Symptome hat, wie K. analysirt, etwas Pathognomonisches. Der Rachenfirniss, welcher die Pharyngitis sicca auszeichnet, ist nach K.'s Untersuchungen = Nasensecret + Speichel. Borken in Rachen und tieferen Luftwegen stammen meistentheils aus der Nase und es ist unstatthaft, an irgend einem Theile des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre gelegenes Secret als an Ort und Stelle entstanden anzusehen.

Verf. zieht den Schluss: Es giebt keine Pharyngitis sicca, Ph. s. ist nur ein Name, unter welchem man mehrere ganz verschiedene Krankheiten zusammengeworfen hat.

Im Wesentlichen sind das folgende:

1. Diejenigen Fälle, in welchen man Ph. s. aus dem firnissartigen Lack, oder aus den Borken diagnosticirt, sind normale oder auch entzündete Pharyngen, welche mit Nasenschleim oder Eiter bedeckt sind.

2. Eine zweite Reihe von Fällen bilden die chronischen Halskatarrhe, welche durch behinderte Nasenathmung und habituelle Mundathmung erzeugt werden. Hier hat das abnorme Trockenheitsgefühl die Veranlassung zum Namen Ph. s. gegeben.

3. Besonders in Frankreich bezeichnet man als Fälle von Ph. s. diejenigen, welche mit Trockenheitsgefühl in Rachen und Mund als Symptom des Diabetes und der Albuminurie einhergehen.

4. Eine vierte Gruppe von Fällen, welche man als Ph. s. sive atrophica bezeichnet, sind einfache, oder mit chronischem Katarrh zufällig complicirte Atrophien des Rachens.

Die Therapie der Nase ist bei solchen Fällen das Wesentliche, alles Pinseln im Halse erfolglos, und so spricht der Erfolg der Therapie für die Auffassung des Verf.'s betreffs der Aetiologie der Ph. s.

5. M. Braun (Triest) demonstrirt seine Vibrationsmassage der Schleimhaut der oberen Luftwege mittelst Sonden.

B. hält das usuelle Pinseln, Gurgeln, Einathmen, Einspritzen, Aetzen u. s. w. für ziemlich erfolglos. Auch die durch Klimawechsel und Aenderung der Lebensweise erwirkten Erfolge sind nur vorübergehend. Ausgehend von der Idee, dass die chronisch erkrankte Urethralschleimhaut nach anderen vergeblichen Versuchen durch den minutenlang dauernden Druck einer Dauersonde endgültig geheilt wird, wandte B. eine ähnliche Behandlung in den oberen Luftwegen an. Verf. massirt mittelst Kupfersonde, welche am geknöpften und gerippten Ende mit Watte armirt und in 10 proc. Mentholvaseline oder ein anderes Medicament getaucht ist. Es wird in Form der Effleurage und des Tapotements massirt. Ausgangspunkt der Bewegung ist das gebeugte Ellenbogengelenk, welches je nach Bedarf mässig gestreckt, gehoben, gewendet, vor- und rückwärts bewegt wird. Das Wattebäuschchen muss den Sondenknopf um 2 bis 3 mm überragen.

Die dünnsten Sonden werden zur Nasenmassage gebraucht. Im Anfang wird 5 bis 10proc. Cocainlösung genommen. Alle Theile der Nasenschleimhaut werden vibrirt. Dauer der Massage soll $^1/_2$ bis 6 Minuten betragen. Nasenrachenraum ist stets mitzubehandeln. Blutungen dürfen bei geschickter Massage nicht vorkommen. Nach einigen Sitzungen mindert sich schon der Geruch. Krusten, Borken werden nach etwa 6—8 Wochen sistirt und es tritt statt dessen eine profuse Schleimabsonderung auf. Br. massirt die Nasenschleimhaut zum Heilzweck nicht nur bei Ozaena und catarrhalischen Erkrankungen oder zu diagnostischen Zwecken, sondern auch nach vorausgegangenen Operationen, um ihr Elasticität und Festigkeit zu verleihen, ebenso bei Reflexneurosen aller Art, gegen Gesichts- und Kopfschmerz, Ohrensausen mit Schwindelanfällen und gegen Asthma.

Massage der Tuba Eustachii, des Rachens, des Kehlkopfs und oberen Theils der Luftröhre, des Oesophagus.

Br. gipfelt zum Schluss in folgenden Sätzen:

1. Die Methode bietet die Möglichkeit, den erkrankten Theil isolirt zu behandeln und ihm ein beliebiges Medicament einzuverleiben.

2. Das leichte, rasche Ein- und Ausführen der Sonden wird vom Kranken viel leichter tolerirt als jedes andere Verfahren.

3. Durch den localen Contact bei der Vibrationsmassage wird die physiologische Thätigkeit der Schleimhaut derart angeregt, dass sie nach stattgehabter Heilung gegen schädliche Einflüsse erfahrungsgemäss widerstandsfähiger wird.

6. Gradenigo (Turin): Zur Histologie der adenoiden Vegetationen.

Gradenigo theilt mit, dass H. M. Suszetto in seiner Klinik 50 hypertrophische Rachentonsillen histologisch studirt hat und dabei zu folgenden Resultaten gekommen ist:

1. In sämmtlichen Fällen handelte es sich um einfache Hypertrophie des Rachenadenoidgewebes. Das letztere war aus einem feinen Netze, in dem zahlreiche Follikel, öfter mit Theilungsfiguren reich versehen, sich fanden, zusammengesetzt.

2. Das Epithel war gleichmässig, fast in allen Fällen flimmernd, cylindrisch oder mehrschichtig platt.

3. In keinem Falle konnte man ausgedehnte Sklerosen finden, dagegen waren Blutungen, meistens frisch, und Cysten ziemlich häufig.

4. Sämmtliche durchgeprüfte Tonsillen waren, einige unbedeutende Besonderheiten ausgenommen, ganz und gar unter einander gleich. Keiner der von M. Dunbar beschriebenen Typen war zu erkennen.

5. In 2 der 50 Fälle sah man tuberculöse Veränderungen. Stücke einer dieser Tonsillen, einem Meerschweinchen inoculirt, verursachten eine sehr attenuirte Tuberculose.

7. P. Heymann (Berlin): Ueber den Begriff des Kehlkopfcatarrhs.

Der Begriff Katarrh wird sehr verschieden aufgefasst. H. sieht das Wesen des Katarrhs in den ätiologischen Momenten und bezeichnet als Katarrh alle diejenigen entzündlichen Affectionen der Schleimhaut der oberen Luftwege, die ihre Entstehung nicht groben Verletzungen und nicht einer constitutionellen Erkrankung verdanken. Katarrhalische Geschwüre werden jetzt wohl allgemein anerkannt. Die ätiologischen Momente des Katarrhs sind thermische, mechanische und chemische.

Die thermischen Ursachen zerfallen in Ueberhitzung und Erkältung, welch letztere in ihrem Wesen durchaus noch nicht klar ist. Die mechanischen sind im Wesentlichen Ueberanstrengung und Staubinhalation. Die chemischen entweder der des chemisch differenten Staubes oder einer Anzahl der Schleimhaut feindlicher Gase. Die Ansicht einiger Bacteriologen, dass alle diese Momente nur die Gelegenheitsursache für die Invasion von Bacterien bilden, ist bisher durch keine statistische Feststellung bewiesen.

8. Gluck (Berlin): Technik der Larynxexstirpation und Vorstellung geheilter Fälle von Carcinom.

9. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.): Tuberculose des Kehldeckels. Vorstellung 3 geheilter Fälle von Larynxtuberculose. Vorzeigung eines Geophilus electricus.

Die Tuberculose der Epiglottis bedroht durch die heftigen Schluckbeschwerden direkt das Leben des Patienten durch verminderte Nahrungsaufnahme. In einem Falle sonst absolut nicht zu heilender Ulceration des Kehldeckels wird durch Abtragung der ganzen erkrankten Stelle in kurzer Zeit Heilung erreicht. Patient ist zwei Jahre später, ohne Recidiv, plötzlich an anderer Ursache gestorben.

Zweiter Fall: 15jähriges Mädchen, mit ausgebreiteter tuberculöser Erkrankung der oberen Luftwege und Lungentuberculose. Während sich wider Erwarten alle diese Erscheinungen besserten und heilten bis auf den in torpider Schwellung und mit lupusähnlichen Geschwüren bedeckten Kehldeckel, entschloss sich Sch., denselben mittelst Doppelkürette zu amputiren. Erfolg ist brillant. Vorstellung der geheilten Patientin. Bei einem dritten Patienten ebenfalls Exstirpation einer erkrankten Stelle der Epiglottis mittelst Doppelcurette. Seitdem vollständige Heilung. Vorstellung des geheilten Patienten. Die Operation ist leicht ausführbar, die Beschwerden nach der Operation mässig. Auch in verzweifelten Fällen schwerer Lungenphthise entschliesst sich M. Sch. der Schluckschmerzen wegen zur Operation und lindert so die Beschwerden der Kranken, erzielt auch temporäre Heilung. Im ganzen hat M. Sch. auf diese Weise 9 Kranke operirt, von denen 3 ganz geheilt sind, zwei wenigstens im Kehlkopf, bei zweien verschwanden die Schluckschmerzen für Monate, sie wurden aber danach wieder schlechter und zwei sind noch in Behandlung. Demonstration einer schneidenden Zange von Windler, Berlin. Nachbehandlung besteht in kalter, flüssiger Nahrung, Morphium eine halbe Stunde vor dem Essen.

M. Sch. erhielt den Geophilus electricus lebend von Dr. Thilenius in Baden. Patientin hatte ihn, wie sie glaubt, durch Riechen an Flieder in die Nase bekommen. Heftiger Stirnkopfschmerz 14 Tage lang, welcher nach Entfernung des unangenehmen Gastes sofort aufhört. Diese Thiere sind schon öfter in der Nase beobachtet. In einem Fall wurde derselbe erst nach einem Jahre, in einem anderen erst nach 4 Jahren aufgefunden. Es kam zu heftigsten neurasthenischen Beschwerden und Schmerzen. Solche Fälle sind von Brehm, Scoutelten, Cartelli, Lefèvre und Wöfer beschrieben worden.

10. **Gutzmann** (Berlin): Ueber spastische Störungen der Sprechstimme.

Die spastischen Stimmstörungen stellen einen Coordinationsspasmus dar. Zerlegt man die Coordination in ihre einzelnen Componenten und lässt diese nach einander in Action treten, so kommt es gewöhnlich nicht mehr zum Spasmus und man kann auf diese Weise den Spasmus heilen. G. demonstrirt an seinem eigenen Larynx wie bei Hauchen, Flüstern, ganzer Intonation, die Muskeln nach einander in Action treten. Autolaryngoscopie und Betrachtung der eigenen Stimmbänder während dieser Uebung beschleunigen für den Stotterer den Erfolg. Der Vortrag wird ausführlich im Archiv für Laryngologie veröffentlicht werden.

11. M. Scheier (Berlin): Weitere Mittheilungen zur Anwendung der Röntgenstrahlen in der Rhinolaryngologie.

cf. Allgemeine Sitzung.

Dorn (Braunschweig).

---

b) Verhandlungen der American Laryngological Association.

Washington, 4.—6. Mai 1897.

Vorsitzender: Chas H. Knight (New York).

In seiner Eröffnungsansprache verbreitet sich der Vorsitzende zuerst über die Infectionsmöglichkeiten bei Nasen- und Halskrankheiten und über die Nothwendigkeit von Vorsichtsmaassregeln bei der Behandlung specifischer und ähnlicher Erkrankungen. Er spricht dann über die segensvollen Wirkungen der Lister'schen Principien, die nicht nur am besten vor Contagion schützen, sondern auch den Chirurgen befähigen, eine weit conservativere Chirurgie zu treiben.

Was die Laryngoskopie anlangt, so waren alle die bekannten Functionen des Larynx schon auf dem Sectionstische erkannt worden, vor dem Gebrauche des Kehlkopfspiegels. Für die Klarstellung der Ursachen der pathologischen Veränderungen im Larynx indess ist das Laryngoskop von unschätzbarem Werth.

Der Vorsitzende knüpft hieran die Empfehlung, ein Journal zu gründen, das als officielles Organ der Gesellschaft die Anschauungen und Erfahrungen ihrer Mitglieder zum Ausdruck bringen soll.

Die Entdeckung der X-Strahlen kann von wesentlichem Einfluss auf die Entdeckung der Specialität sein.

Die Vivisection ist auch für den Fortschritt unserer Disciplin unzweifelhaft von Werth gewesen und selbst die unermessliche Wohlthat der Narkose käme der Menschheit nicht zu gute, wären nicht an Thieren die Wirkungen der Narkotica studirt worden. Die jetzige Agitation, die durch Gesetz die Vivisection verbieten will, muss jeder wahre Arzt verdammen. Die Männer, die diese wichtige Versuchsmethode unterdrücken wollen, denken nicht daran, dass, wenn das Vivisectionsverbot Gesetz wird, der Fall eintreten kann, dass sie selbst zum Ersatz eintreten müssen für das Thier, an dem bisher die Wirkungen neuer Behandlungsmethoden studirt wurden. Zahlreiche Fortschritte unserer Wissenschaft sind mit Hülfe dieser Methode zu Stande gekommen und von dem Thierversuch dürfte auch ihr weiterer Fortschritt in weitem Umfange abhängen.

J. E. Newcomb (New York): Guajacol als locales Anaestheticum bei Operationen in den oberen Luftwegen.

Das Cocain ist das wichtigste lokale Anaestheticum, doch kommen Umstände vor, unter denen ein anderes Präparat angebracht erscheint. Eucain hat gewisse Vorzüge, scheint sich aber keine grosse Stellung zu erobern. Sehr nützlich ist das Guajacol, das active Princip des Kreosots.

N. empfiehlt folgende Zubereitung: Zu einer gegebenen Menge Olivenöl fügt man 10pCt. trockenes Zincum sulfuricum, nach 1stündigem Erhitzen über dem Wasserbad setzt man $12^1/_2$ pCt. absoluten Alkohol, nach 24 Stunden, während welcher wiederholt umgeschüttelt wird, decantirt man und fügt 5pCt. Guajacol hinzu.

N. hat dieses Präparat 36 mal in Nase, Rachen und Kehlkopf angewendet und dabei gewöhnlich in 10 Minuten complete Anaesthesie erzielt. Bei den nasalen Operationen war die Blutung nicht stärker als nach Cocaingebrauch. N. erklärt das Guajacol keineswegs für dem Cocain überlegen, schon weil es langsamer resorbirt wird und schwerer herzustellen ist; aber in gewissen Fällen ist es nützlich. Das Guajacol bildet einen zuverlässigen Ersatz, wenn das Cocain nicht anwendbar ist. Ueble Folgen sind nach demselben in 98 mitgetheilten Fällen nicht beobachtet worden.

Discussion: In Erwiderung auf eine diesbezügliche Frage stellt Newcomb fest, dass die Wirkung des langsamer resorbirten Guajacols wohl langsamer eintritt, am Ende aber ebenso vollständig ist, wie die des Cocains.

Ein Vortrag von J. C. Mulhall (St. Louis): Der allgemeine Gesundheitszustand und die oberen Athemorgane wurde im Auszuge verlesen.

S. W. Langmaid (Boston): Submucöse Blutung der Stimmbänder.

Redner berichtet über 5 Fälle von submucöser Blutung der Stimmbänder, die sämmtlich durch Stimmanstrengung entstanden. Bei allen bildete ein catarrhalischer Zustand des Larynx die prädisponirende Ursache, während es eine besonders grosse Anstrengung war, die ein Blutgefäss zum Platzen brachte. In 4 Fällen sass die Blutung auf der rechten Seite, in 1 Falle links. Alle Fälle heilten vollständig und ohne Recidiv. Dieser Zufall kann auch vollkommen ausgebildeten Sängern begegnen, ist also keine Frage der Geschicklichkeit, wenn auch natürlich unerfahrene Sänger dazu geneigter sind.

Fall 1 betrifft ein 20jähriges Mädchen von kräftiger Constitution, das nach dem Singen plötzlich aphonisch wurde. Die laryngoskopische Untersuchung ergab einen Blutklumpen unter der Schleimhaut des rechten Stimmbandes und einen Nachlass der Spannung desselben. Bei Ruhe und geeigneter localer Therapie verschwand das Extravasat.

Fall 2 betrifft einen Schauspieler, der von Natur eine tiefe Stimme hatte und mit krampfhaft verstellter Stimme sprechen musste. Derselbe wurde aphonisch. Befund und Behandlung waren wie im ersten Fall.

Auch der 3. Fall betrifft einen Schauspieler, der Zustand ging in 72 Stunden vorüber.

Fall 4 wurde bei einem Schullehrer beobachtet. Derselbe verlor allmälig seine Stimme, bis er auf einmal aphonisch wurde und über Schmerzen im Kehlkopf klagte. Das rechte Stimmband war geröthet durch ein Blutextravasat unter der Schleimhaut. Die Behandlung brauchte 1 Monat bis zur Heilung.

Fall 5 betrifft einen Chorsänger, der überaus gern eine grosse Rolle singen wollte. Er erhielt unerwartet eine solche und übernahm dieselbe, obgleich seine

Stimme gerade erkrankt war. Die grosse Anstrengung, der er sich unterzog, führte zum Verlust der Stimme, die jedoch nach einigen Wochen der Ruhe wieder normal wurde.

Bei keinem dieser 5 Fälle bestand Blutspeien, das von anderen Beobachtern constatirt wurde. Auch war in allen 5 Fällen nur das eine Stimmband afficirt, während sonst häufig beide Stimmbänder von diesem Zufall betroffen sind.

Alle Fälle heilten vollständig, mit Ausnahme eines Falles, bei dem eine Gefässgeschwulst zurückblieb, die chirurgisch entfernt werden musste. Der gute Ausgang der Fälle wurde erzielt durch Ruhe, locale Behandlung und Strychnin; nach Verschwinden des Extravasates war wiederholt eine galvanische Behandlung von Nutzen.

Discussion: J. W. Gleitsmann beobachtete einen schweren Fall, in dem die Blutung Folge eines Schlages war. 4 Tage lang bestand Blutspeien; allmälig verschwanden alle Symptome wieder.

C. E. Beau sah 3 Fälle von recidivirender Hämorrhagie bei Patienten, die nicht Sänger waren und bei denen auch die Anamnese nichts von einer Stimmanstrengung ergab. Catarrhalische Zustände bestanden bei diesen Patienten schon seit Jahren. Haemoptysis trat nicht auf. Die Heilung erforderte eine beträchtliche Zeit.

Zum Schluss macht Langmaid noch auf die merkwürdige Aehnlichkeit der von ihm mitgetheilten Fälle aufmerksam.

A. Coolidge jr. (Boston): Hysterische Dysphagie.

Die hysterische Aphonie wird stets erkannt und klinisch identificirt; nicht so die hysterische Dysphagie. Die meisten Fälle sind als Oesophaguskrämpfe mitgetheilt. Mackenzie berichtet über eine Reihe von Fällen und bringt sie mit gichtischer Diathese im Zusammenhang. Viele Fälle von Hysterie und Krampf mögen identisch sein, aber man muss doch daran denken, dass der letztere auch das primäre Symptom einer malignen Erkrankung sein kann. Das Leiden kommt häufiger bei Frauen als bei Männern zur Beobachtung; bisweilen sieht man es in der Schwangerschaft. Es kann Schmerz dabei vorhanden sein und das Gefühl der Zusammenschnürung am Ringknorpel, ferner auch Globus hystericus. Der Anfang ist gewöhnlich ein plötzlicher. Der Patient bietet oft ein schwaches und anämisches, schlecht genährtes Aussehen dar. In manchen Fällen scheint die Schwierigkeit beim Schlucken mehr in dem Rachen, als im Oesophagus zu liegen. Recidive kommen vor in Folge erneuten Eintretens der Reizursache.

Was die Diagnose anlangt, so müssen mit dem Kehlkopfspiegel pathologische Veränderungen irgend welcher Art ausgeschlossen werden.

Die Behandlung besteht vor allem darin, dem Pat. die sichere Ueberzeugung, dass er geheilt wird, beizubringen. Die Einführung von Sonden leistet gute Dienste. Die elektrische Behandlung bedarf grosser Vorsicht, da Vagusreizung gefährlich und sogar tödtlich werden kann.

Die hysterische Dyphagie kann durch psychische Eindrücke verursacht sein in Folge eines Reizes, den das Schlucken irgend welcher reizender Substanzen

gesetzt hat, der indess längst wieder verschwunden ist. Das Leiden ist zu definiren als Schluckbeschwerden ohne Ursache, basirend auf Hysterie.

Discussion: Thos. Hubbard betont die diagnostische Schwierigkeit dieser Fälle. Dieselben sind bisweilen entzündlichen und nicht nervösen Ursprungs. Redner entsinnt sich zweier Fälle, in denen der Reiz durch das Schlucken von Kartoffeln verursacht war. In dem einen Fall vermochte der Pat. 2 Tage lang nicht Flüssigkeiten zu schlucken. Es schien an zwei Stellen eine Zusammenschnürung des Oesophagus zu bestehen und in einer sackartigen Ausbuchtung dazwischen schienen die Flüssigkeiten sich anzusammeln, die dann wieder ausgeworfen wurden.

John H. Lowman erwähnt einen Fall, in dem er Sonden einführte, ohne dadurch Besserung zu erzielen; im Gegentheil wurden die Symptome beständig schwerer. Da er das Leiden doch für ein hysterisches hielt, benutzte er einen beruhigenden Spray, indem er dem Patienten bestimmt erklärte, dass dieser ihn heilen müsse. Der Pat. konnte darnach in der That ohne Beschwerden schlucken.

Bei einem anderen Falle mit Schluck- und Athembeschwerden hatte ein Chirurg nach Einführung eines Magenschlauches auf hysterischen Ursprung diagnosticirt und den Pat. angewiesen, zu essen. Der Pat. starb 3 oder 4 Tage später. Es fand sich als Ursache der Schluckschwierigkeiten ein Aneurysma, dass wahrscheinlich bei den Bemühungen des Chirurgen, das Hinderniss zu überwinden, perforirt worden war. Redner entsinnt sich noch eines anderen Falles, in dem ein Aneurysma von selbst barst, als der Chirurg, der die Einführung einer Oesophagussonde beabsichtigte, gerade erwartet wurde.

Auf Grund derartiger Fälle ermahnt Redner zur Vorsicht im Gebrauch der Sonden. Auch das Einführen des weichen Magenschlauches sah Redner in drei Fällen tödtlich werden. In einem dieser Fälle passirte der Schlauch ohne jede Schwierigkeit, aber der Pat. wurde zusehend schwächer und war nach 20 Minuten todt. Cocain macht die Einführung der Sonden viel leichter und sollte stets benutzt werden.

Gleitsmann erwähnt einen Fall von ausgesprochener Dysphagie, den er bereits publicirt hat. Es fand sich keine Ursache ausser einer sehr grossen Zungentonsille. Nach Aetzung derselben waren die Schluckbeschwerden verschwunden. Wahrscheinlich ist dieser Fall als eine hysterische Dysphagie anzusehen, und die Aetzung führte nur durch ihren suggestiven Einfluss zur Heilung.

H. L. Swain hat an dem Zusammenhang der Zungentonsille mit der Frage der Dysphagie ein grosses Interesse. Die Hypertrophie dieser Tonsille kann zur Reizursache werden entweder durch ihre Lage und Grösse oder indirect durch Störung der Circulation. Er hat in einer Reihe von Fällen Dysphagie und Reizhusten behandelt durch Applicationen auf die Zungentonsille, welche Ursache der Störung zu sein schien.

Samuel Johnston sah in einem Falle die Dysphagie erst heilen, nachdem ein Cerumenpfropf aus dem Ohr entfernt worden war; er räth in allen derartigen Fällen den Ohrcanal zu untersuchen.

Emil Mayer hält eine sehr sorgfältige Differentialdiagnose in diesen Fällen

für erforderlich. In einem Falle, der als hysterisch angesehen war, fand sich gelegentlich eine angeborene Constriction des Oesophagus. Diese Diagnose wurde mittelst Auscultation gestellt. Redner betont die Bedeutung dieser Untersuchungsmethode und empfiehlt, sie stets vor der Bougierung anzuwenden.

Bryson Delavan hat Fälle beobachtet, die trotz aller Bemühungen sich nicht besserten, in denen also wohl eine organische nervöse Störung vorlag.

J. W. Farlow berichtet über einen Fall, in dem die Dysphagie 3 Jahre anhielt trotz Behandlung der Gaumen- und der Zungentonsille. Es bestand eine schmerzhafte Drüse unter dem Kieferwinkel. Nach Beseitigung eines verhärteten Cerumenpfropfs trat rasch Heilung ein. Manche dieser Fälle stehen nach seinen Erfahrungen mit der Vergrösserung der Zungentonsille in Zusammenhang.

Langmaid stellt fest, dass viele von diesen Fällen anämisch sind. Die Dysphagie besteht ohne Intermissionen und hält häufig Jahre lang an. Es scheint in solchen Fällen keine weitere Ursache ausser der Anämie vorzuliegen. Manche von diesen Patienten können einfach compacte Nahrung nicht schlucken. Redner beobachtet solche Fälle seit 20 Jahren; wenn etwas Malignes vorläge, würde es sich in dieser Zeit haben entwickeln müssen. Er behandelt — von der Beseitigung der Ursache, wo diese möglich ist, abgesehen — mittelst Einführung der Sonde, die natürlich mit aller Sorgfalt und allen Vorsichtsmaassregeln geschieht. Auf diese Weise wurden alle Fälle gebessert. Kehren die Beschwerden zurück, so führt er wieder die Sonde ein, was für 1 oder 2 Jahre gewöhnlich ausreicht.

W. H. Daly hebt hervor, dass diese Fälle eine sorgsamere Behandlung verlangen, als ihnen gewöhnlich zu theil wird. Er hat noch kürzlich ein unglückliches Beispiel hierfür erlebt. Ein Mädchen wies alle Nahrung bis auf Beef-tea ein paar Wochen lang zurück. Die genaue Untersuchung ergab nichts von organischer Erkrankung. Er redete der Pat. ernstlich zu, sie solle sich Mühe geben und energisch sein; das Schlucken müsse dann gehen. Aber das Mädchen, das sehr hysterisch schien, blieb dabei, das Schlucken sei unmöglich und sprach davon, dass sie sterben müsse. D. führte eine Sonde mit olivenförmiger Aufschwellung am vorderen Ende ein und machte der Pat. und ihren Schwestern, die anwesend waren, noch einmal nachdrücklich klar, dass es sich nur um eine nervöse Störung handele. Redner musste dann auf 2 Tage verreisen; bei der Rückkehr fand er die Pat. todt. Die Todesursache liess sich nicht klarstellen, da die Section verweigert wurde.

Der Fall lehrt, wie sehr man auf der Hut sein muss und wie es rathsam ist, die Familie doch auf alle Möglichkeiten vorzubereiten.

Die beste Behandlungsmethode ist die Ruhe und wenn nöthig, die Fütterung durch die Sonde. Setzt man eine 3—4 wöchentliche Ruhe durch, so wird in fast allen Fällen Heilung erzielt.

A. Coolidge schliesst die Discussion mit dem Satze, dass die Dysphagie hysterischen Ursprungs ist, nicht einfach wenn die Ursache nicht aufzufinden ist, sondern nur wenn keine Ursache existirt. Die hysterische Dysphagie ist als klinisch einheitliche Krankheit anzusehen, gerade so wie die hysterische Aphonie. Hubbard erwiedert Redner, dass wenn die Zungentonsille Ursache des Reizes ist,

es sich gewöhnlich um eine Reflexwirkung handelt und nur selten eine wirkliche Verstopfung vorliegt. Der Krankheitsausbruch ist in den meisten Fällen, ebenso wie die Heilung, ein plötzlicher. Mit dem Bougieren muss man stets sehr zögernd vorgehen, da stets die Möglichkeit vorliegt, dass eine maligne Bildung vorhanden ist und dass man eine Blutung verursacht.

Die Zungentonsille scheint ihm nicht oft erkrankt zu sein und aus den Bemerkungen Swain's möchte er keine Folgerungen ziehen. Bei Bestehen von Reizhusten soll die Zungentonsille untersucht werden. Erfolgt nach Applicationen auf dieselbe wirklich die Heilung, so handelt es sich meist doch nicht um Beseitigung der Krankheitsursache, sondern um eine Suggestivwirkung. Als Folge von Cerumen im Ohr sah er wohl Reizhusten, doch nie Dysphagie. Dagegen möchte er als eine der Reizursachen von Dysphagie die Hydrophobie erwähnen. Wenn Anämie besteht, ist sie eher Folge als Ursache der Dysphagie.

W. H. Park (New-York) und Jonathan Wright (Brooklyn): Die Bakterien der gesunden Nase und die baktericiden Fähigkeiten des Nasenschleims.

Der Vortrag wird von Wright gehalten, welcher bedauert, dass sein Bericht wegen der Abreise von Park nicht vollständig ist. Wright will sich deshalb auf die Mittheilung der Schlüsse beschränken, zu denen sie Beide gelangt sind. Vor 10 Jahren bereits haben sie gemeinsam 10 gesunde Personen geprüft und festgestellt, dass die Nase pathogene Keime enthält. Während der letzten 3 oder 4 Jahre haben andere Autoren ähnliche Untersuchungen angestellt und haben gefunden, dass die Nase – mit Ausnahme des Vestibulum — nicht nur aseptisch ist, sondern sogar ihr schleimiges Secret baktericid wirkt. Wo Keime gefunden wurden, nahm man an, dass dieselben von einer Verunreinigung von Seiten der Vibrissae her stammten.

Park und Wright wiederholten ihre Untersuchungen daraufhin an 36 normalen Nasen. Es wurde jegliche Vorsicht angewendet, um eine Verunreinigung vom Vestibulum her zu verhüten; die Vibrissae wurden mit steriler Scheere abgeschnitten und das Vestibulum gereinigt. Das Resultat dieser Untersuchungen war, dass die Nasenschleimhaut wahrscheinlich niemals steril ist. In manchen Fällen wurden wenige Keime gefunden, in anderen viele. Nur in 6 Fällen gingen keine pathogenen Keime in den angelegten Culturen auf.

Obwohl keine besonders vollständigen Versuchsreihen nach dieser Richtung angestellt wurden, konnten die Verff. doch soviel ersehen, dass die baktericide Fähigkeit des Nasenschleims gering ist, wenn nicht ganz fehlt. Es wurde gefunden, dass die Baktericidie gegenüber dem Diphtheriebacillus, dem Streptococcus und Staphylococcus versagt. Auf der anderen Seite enthält die Nasenhöhle doch auch nicht so viele Keime, als man voraussetzen sollte. Das Nasensecret fliesst nach unten und wäscht die Höhle aus und auch die Cilien tragen zu dem Reinigungsprocess bei. Wenn der Nasenschleim auch nicht gerade baktericid ist, so bildet er doch auch kein gutes Nährmedium. Auch die Vibrissae schützen die Nase. Zwei Thiere, denen eine virulente Cultur in die Nase verimpft wurde, starben in 2—3 Tagen.

J. W. Gleitsmann (New-York): Bemerkungen über die Behandlung chronischer Affectionen der Gaumentonsillen mit Vorzeigung von Instrumenten.

Redner constatirt, dass es mit Ausnahme der chronischen Hypertrophie der Mandeln keinen Zustand von solcher Häufigkeit giebt, wie die chronische Entzündung der Krypten. Wenn diese Affection nicht so oft zur Beobachtung gelangt, als sie wirklich vorliegt, so hängt dies mit der Schwierigkeit der gründlichen Untersuchung dieser Theile zusammen. Zur Erleichterung dieser zieht G. den vorderen Gaumenbogen mit einem kleinen Gaumenhaken zur Seite. Die Krypten sind in manchen Fällen gefüllt mit einer käsigen Masse, die zahlreiche Leptothrixfäden enthält, und leicht gehen entzündliche Processe von ihnen aus. G. hält es für rathsam, diese erkrankten Krypten mit einem stumpfen oder scharfen Haken, wie er von Moritz Schmidt angegeben ist, aufzureissen.

Ein anderes häufiges Vorkommniss ist eine Falte über der Tonsille, die den Arzt verhindert, die hintere, oft am meisten erkrankte Fläche zu sehen. Es ist dies eine Folge von acuter folliculärer Entzündung bei chronischer Tonsillitis. Die beste Behandlung besteht im Lösen der Mandel aus ihren Adhäsionen und im Entfernen des erkrankten Gewebes mittelst der Zange. Redner beschreibt das Instrument, dessen er sich bei dieser Art von Fällen mit dem grössten Nutzen bedient; es ist eine Zange, deren Blätter sich in horizontaler Richtung bewegen.

Discussion: Farlow betont, dass manche Autoren auf diesem Gebiete zu glauben scheinen, man solle die Mandel nur dann behandeln, wenn sie über die Gaumenbögen herausragt. In Fällen dieser Art aber steht gar nicht die Hypertrophie in Frage, sondern es handelt sich um ein erkranktes Gewebe, das entfernt werden soll. Bezüglich des Hakens, den Gleitsmann vorgelegt hat, würde er ein stärkeres Instrument mit längerem Griff vorziehen, damit nicht die Finger in den Mund des Patienten eingeführt zu werden brauchen. Was die Zange G.'s anlangt, so weiss er nicht, warum nicht die gewöhnliche Zange mit den Blättern in perpendiculärer Richtung ebenso gut allen Zwecken genügen soll; man braucht ja nur die Hand so zu drehen, dass die Zange horizontal liegt. Er hat diese gewöhnliche Zange bei 200 Fällen benutzt und sie als für alle Zwecke ausreichend befunden. Statt einen Gaumenhaken zu benutzen, wie G. empfiehlt, bedient er sich einfach des Zungenspatels, mit dessen Ende man den vorderen Bogen zur Seite schieben kann. So erfüllt man mit einem Instrument zwei Acte. Wichtig aber ist für die Untersuchung solcher Fälle der Gebrauch einer Sonde.

Daly hält die Mandeln gar nicht für einen nothwendigen Bestandtheil des gesunden Halses und verlangt ihre Entfernung, sobald sie die Gaumenbögen überragen. Bezüglich der angegebenen Instrumente ist er der Ansicht, dass überhaupt zu viele Instrumente vorhanden sind. Es giebt nur selten eine Operation an den Gaumenmandeln, für die nicht ein paar gekrümmte Messer, eine Zange und eine Scheere ausreichen. Die Fälle, die Gleitsmann im Auge hat, hält er nicht für so gewöhnlich, als man nach dessen Vortrag glauben könnte.

In schweren Fällen ist das Bindegewebe durch den Druck zerstört und da

die Mandel eine physiologische Function an sich nicht hat, sollte sie ruhig weggeschnitten werden.

Gleitsmann erwiedert in seinem Schlusswort Farlow, dass das Drehen der Zange ihm oft sehr unbequem war und dass er deshalb sein horizontales Instrument construirt hat. Dasselbe eignet sich übrigens auch für die Turbinotomie.

Was Daly's Einwände anlangt, so giebt er zu, dass man diese Operationen auch mit einem einfacheren Instrumentarium ausführen kann; aber ein Instrument, das für eine Operation besonders gefertigt ist, dient doch stets zur Erleichterung derselben. G. betont zum Schluss noch einmal, dass viele dieser Fälle übersehen werden, und dass die Untersuchung des Schlundes grosse Sorgfalt erfordert.

Demonstration von Instrumenten.

Delavan legt neue Electroden für bipolare und monopolare Electrolyse vor. Die bipolare ist so gearbeitet, dass die Entfernung zwischen den beiden Nadeln nach den Bedürfnissen des Falles verstellt werden kann.

Farlow demonstrirt ein Schütz'sches Lymphotom, das er in manchen Fällen der Gottstein'schen Curette zur Operation adenoider Vegetationen vorzieht. Das Instrument stammt aus Deutschland, wird aber auch von Codmann und Shurtleff angefertigt.

Farlow legt ausserdem Zeichnungen und Modelle von Nase und Kehlkopf vor. Dieselben sind für den Unterricht sehr werthvoll. Sie sind von Betz (Heilbronn) in Deutschland angefertigt.

2. Tag. Mittwoch, den 5. Mai.

Demonstrationen von Patienten und Präparaten.

J. H. Bryan (Washington) stellt einen Patienten vor, mit einem Fibrosarcom der Nase, das seit 4 Jahren besteht. Der Tumor, der an Grösse noch zunimmt, ist auf die Nasenhöhle begrenzt, er blutet leicht bei Berührung.

M. R. Ward (Pittsburgh) betont die Schwierigkeit der differentiellen Diagnose zwischen Fibrom und Fibrosarcom. In einem seiner Fälle diagnosticirte ein Pathologe auf Fibrosarcom, ein zweiter auf Fibrom. Da der Fall recidivfrei blieb, dürfte der letztere richtig geurtheilt haben.

J. E. Boylan (Cinn.) hat einen Fall operirt, der von dem Pathologen für ein Sarcom erklärt worden war. Der Pat. genas vollständig. Das Ueberleben des Pat. ist deshalb noch nicht nothwendig ein Beweis dafür, dass eine Geschwulst nicht maligne ist.

W. E. Casselberry (Chicago) erinnert an einen früher von ihm bereits mitgetheilten und demonstrirten Fall von Fibrom der Nase. Der Tumor war gefässreich und leicht blutend. Die Geschwulst wurde gespalten und mit der Schlinge stückweis im Laufe einiger Wochen entfernt. Sarcome sind gewöhnlich weicher, Fibrome dagegen mehr hart. In einem Falle seiner Praxis entstammte der Tumor dem Antrum.



Wright stellt fest, dass das reine Fibrom der Nase fast unbekannt ist, während das des Nasenrachenraumes recht häufig angetroffen wird.

Casselberry erwidert, dass er einen Fall von ganz reinem Fibrom der Nase vor ein paar Jahren gesehen hat. Fibroide der Nase sind selten, kommen aber unzweifelhaft vor.

Hubbard erwähnt einen Fall von Sarcom, bei dem durch die Operation die mittlere Hirngrube verletzt wurde. Auf Augensymptome soll in derartigen Fällen sorgfältig Acht gegeben werden.

J. Solis-Cohen (Philadelphia) beschreibt einen Fall von Sarcom der Nase und des Antrum. Der Tumor wurde durch die natürlichen Wege entfernt und der Pat. lebte mehrere Jahre. In malignen Fällen sollen radicalere Maassnahmen ergriffen werden, wie die Rouge'sche Operation. Thut man dies nicht, so stirbt der Pat. gewöhnlich schon nach ein paar Monaten.

C. C. Rice erklärt ebenfalls, dass ein energischer Eingriff in diesen Fällen geschehen muss, da ihre Entwickelung sehr rasch erfolgt und schliesslich äussere Deformirungen und Zerstörung des Auges vor sich gehen. Er erwähnt den Fall eines 25jährigen Patienten, bei dem der Chirurg begann und die Carotis unterband, dann aber abbrach, weil er die Lymphdrüsen afficirt fand. Später wurde noch einmal ein Versuch gemacht und die gesammten erkrankten Partien einschliesslich des Auges entfernt, der Pat. lebte mehrere Monate nach der Operation. Ein Eingriff mittelst der Schlinge durch die Nase ist schlechter, als nichts, ist direct schädlich. Die Radicaloperation ist erforderlich. Recidive sind wahrscheinlich. Aber es ist Pflicht, dem Patienten die Wohlthat des Versuches zu Theil werden zu lassen.

Nolan Mackenzie spricht auch für die Radicaloperation. Statt der von Solis-Cohen empfohlenen Rouge'schen Operation zieht er die modificirte Langenbeck'sche vor, bei der der Oberkiefer nach aussen rotirt wird. Diese Operation lässt die radicale Entfernung alles Krankhaften zu.

J. H. Bryan (Washington): Ein Fall von citriger Entzündung der Stirn-, Siebbein- und Kieferhöhle.

Es giebt keine Erkrankung, die solche Disposition zur Chronicität hätte, wie das chronische Stirnhöhlenempyem, besonders wenn die Siebbeinzellen mit betheiligt sind. Diese Art von Fällen war früher selten anzutreffen, seit der Influenzaepidemie aber ist ihr Vorkommen ein häufiges. Der entzündliche Process kann von der Nase oder von irgend einer der Nebenhöhlen aus sich ausbreiten. Bisweilen sind zwischen den Höhlen abnorme Verbindungswege nachweisbar und auf diesen findet die Verbreitung statt.

Die Ethmoidalzellen stehen in engem Zusammenhang mit der Stirnhöhle und sind in fast allen Fällen von Entzündung der letzteren mit afficirt. Die Untersuchung der Stirnhöhlen hat ergeben, dass deren Beschaffenheit in weitesten Grenzen wechselt. Das Septum derselben ist fast stets vorhanden, gelegentlich aber hat es eine kleine Oeffnung. Die Grösse der Höhle lässt sich nach der äusseren Configuration nicht beurtheilen und die Linie der Augenbrauen kann nicht als Führer dienen.

Die erfolgreichste Operation ist die von aussen her: man setzt ein Trepan von etwa $^3/_8$ Zoll Durchmesser dicht über dem Supraorbitalrand an. Auf diese Weise kann man die Höhle gut übersehen und alles erkrankte Gewebe entfernen. Unter Führung des kleinen Fingers wird der Ductus naso-frontalis erweitert und eine Drainage der vorderen Ethmoidalzellen eingerichtet. Nach der Auskratzung des Sinus wird eine 20 proc. Zinkchloridlösung applicirt, ein Drainrohr eingelegt und die Höhle hermetisch verschlossen. Bryan bespricht einen auf diese Weise operirten und gut geheilten Fall ausführlich. Die äussere Wunde ist ohne Entstellung geheilt. Die Incision fand in verticaler Linie statt und das Knochenstück wurde nicht wieder aufgelegt, da das Periost zur Verhütung von Deformitäten ausreicht.

Discussion: Casselberry hat ebenfalls in eigener Praxis erfahren, dass die intranasale Behandlung in diesen Fällen nicht ausreichend ist. Die frühere Operation führte gewöhnlich nicht zur Heilung und liess dabei noch eine entstellende Narbe zurück. Jetzt kann man dem Pat. mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Heilung ohne Narbenbildung versprechen, was ein wesentlicher Vortheil ist.

Mackenzie warnt vor der Auswaschung der Höhle mit starken Antisepticis; schon Sublimat von 1 : 10000 kann Nekrose verursachen. Auch soll man, wenn möglich, die Drainröhren vermeiden, die zu Eitererregern und Infectionsleitern werden können.

Daly hat noch niemals von aussen her operirt, da die Patienten, denen man doch kein sicheres Resultat versprechen kann, sich dagegen sträuben. Den Mackenzie'schen Bemerkungen über die starken Antiseptica kann er nur theilweise zustimmen; mit Sublimat 1 : 3000 hat er gute Erfolge erzielt. In einem Falle, in dem der Unterkiefer entfernt wurde, schien diese Lösung die Neubildung vom Periost aus zu beschleunigen.

J. E. H. Nichols (New-York) beobachtete einen Fall, in dem er die Luc'sche Operation an der Stirnhöhle machte und der einige Tage sehr gut verlief. Als er dann eine Auswaschung mit Sublimat 1 : 3000 vornahm, entstand eine so heftige Entzündung, dass die Höhle von Neuem eröffnet und von aussen drainirt werden musste.

Ein differentialdiagnostisch wichtiger Punkt ist die Beschaffenheit des Secrets; synoviale Consistenz weist auf die Stirnhöhle, während feste Massen eher aus dem Antrum stammen.

Mackenzie erklärt, dass er den Werth der Antiseptica gewiss nicht unterschätze, doch müssen sie so stark verdünnt werden, dass sie nicht reizen.

Farlow hält zwar die Secundärinfection des Antrum von der Stirnhöhle aus durch das Secret, das der Schwere zufolge nach unten dringt, für das gewöhnliche Vorkommniss. Aber das Umgekehrte findet auch statt; die liegende Stellung des Patienten mag dabei eine Rolle spielen[1]).

1) Wenn auch die Schwere die Infection des Antrum von der Stirnhöhle aus erleichtern mag, so findet doch das Umgekehrte nicht selten statt, und zwar auch wenn der Pat. aufrecht ist; mittelst der Capillar-Attraction wird das infectiöse Material leicht vom Antrum aus in die Stirn- und Siebbeinhöhle geführt.

Scheppegrell.



Bryan hebt zum Schluss die Wichtigkeit der Drainirung der vorderen Ethmoidalzellen bei allen Operationen an der Stirnhöhle hervor. Sind diese Zellen miterkrankt, so bleibt das Resultat ohne Drainage derselben stets unbefriedigend. Auch B. ist der Meinung, dass das Antrum öfter secundär erkrankt.

Discussion über die Natur, Symptome, Pathololologie und Behandlung der atrophischen Rhinitis.

Casselberry spricht über die Pathologie und Symptomatologie der atrophischen Rhinitis. Die ozaenöse Form ist häufiger bei Kindern, die trockene bei Erwachsenen. Sowohl bei der fötiden, wie bei der nicht-fötiden Form besteht Atrophie der Schleimhaut. In manchen Fällen vermischen sich die fötide und die nicht-fötide Form. Die Drüsen nehmen an dem atrophischen Process Theil und auch die peripheren Nerven, wie die Abnahme der Reizbarkeit der Schleimhaut in diesen Fällen erweist. Ebenso sind die Knorpel und Knochen mit afficirt und selbst die äussere Nase zeigt charakteristische Veränderungen. Perforation des Septums ist bei der trockenen Form der Erwachsenen durch den Mangel an Regenerationskraft ein gewöhnliches Vorkommniss.

Bei manchen dieser Fälle ist nicht blos die Nasensecretion gestört, sondern auch die Speichelsecretion, was erhebliche Beschwerden verursacht. Die anatomischen Verhältnisse können nicht als die einzige Ursache der Erkrankung angesehen werden. Syphilis kann mitspielen, besonders die hereditäre. Gicht und Alkohol sind prädisponirende Factoren bei der einfachen atrophischen Form. Die Atrophie kann auch ein späteres Stadium von Hypertrophie sein. Beide Zustände können nebeneinander bestehen und gleichzeitig vorschreiten; die mittlere Muschel kann vergrössert und die untere atrophisch sein. Dies erklärt aber nicht das Vorkommen von Ozaena in der frühesten Lebenszeit und auch nicht jede Hypertrophie endet in Atrophie.

Die Theorie, dass die atrophische Rhinitis von Erkrankungen der Nebenhöhlen herrührt, ist nicht genügend gestützt. Auch der bakterielle Ursprung der Erkrankung ist noch fraglich. Die Krankheit hat einige Analogien mit dem Rhinosklerom. Belfanti und andere Autoren führen die Ozaena auf einen abgeschwächten Diphtheriebacillus zurück und behaupten, mit Diphtherieserum Heilerfolge erzielt zu haben.

Die Symptome sind wohl umschriebene. Ob der Geruch auf Zersetzung beruht oder nicht, ist schwer zu sagen. Der Foetor kann vorhanden sein, wenn der Schleim noch innerhalb der Drüsen sich befindet, doch ist dies schwer zu erweisen, da der Geruch, der nach Reinigung der Nase noch zurückbleibt, auch von dem Secret der Nebenhöhlen stammen kann.

Die Krankheit kann eine nervöse sein, oder eine parasitäre; die Wahrscheinlichkeit spricht für das letztere.

J. Nolan Mackenzie (Baltimore): Die Pathologie der atrophischen Rhinitis.

Mackenzie beschränkt seine Darlegungen auf die Atrophie der Schleimhaut. Diese ist ein wichtiges Gewebe an einem wichtigen Organ. Sie enthält

Myriaden Gefässe und Bluträume in einem Netzwerk von Bindegewebe, ferner Drüsen und Nervenelemente, die dem physiologischen Vorgang der Erection und Erschlaffung, welcher für die Athemfunction nothwendig ist, vorstehen.

Bei der Atrophie ist eine einfache und eine degenerative Atrophie zu unterscheiden. Die einfache kann Platz greifen durch Inanition, Inactivität, Druck oder Trophoneurose.

Bei der in Rede stehenden Atrophie liegt davon nichts vor. Diese ist eine degenerative. Vor 13 Jahren bereits empfahl Mackenzie den Ausdruck Sklerose als die geeignetere Bezeichnung. Unter Sklerose wird eine chronische Entzündung verstanden, bei der neben Atrophie des Specialgewebes Hypertrophie des Bindegewebes besteht, und dieser Zustand liegt bei der echten hypertrophischen und atrophischen Rhinitis vor. Beide differiren nicht in ihrem Wesen, sondern nur in ihrem Grade. Die Syphilis oder Tuberculose mögen durch die Blutbahn die Infection vermitteln, die eigentliche Ursache und das Wesen der Erkrankung ist doch die chronische Entzündung.

Was die Infection durch Eiter, der über die Schleimhaut fliesst, anlangt, so giebt es nichts Analoges in der Pathologie. In der Leber und im Gehirn kommt der gleiche Process vor. Dieser Uebergang von Hypertrophie in Atrophie kann überaus schnell vor sich gehen. Redner sah einen Fall im December mit erheblicher Hypertrophie; einen Monat später bestand schon ausgesprochene Sklerose.

Wenn Casselberry meint, dass Ozaena bei so jungen Kindern vorkommt, dass man schwer vorherige Hypertrophie annehmen kann, so muss man eben auf intrauterin bereits vorhandene Erkrankung recurriren. Den Einfluss von Syphilis und Tuberculose giebt Redner zu.

Im Mikroskop kann man hypertrophische und atrophische Processe neben einander sehen. Wenn Hypertrophie und polypoide Degeneration vorhanden sind mit Eiterung, so handelt es sich nur um eine Coincidenz.

C. C. Rice (New-York) und J. C. Mulhall: Behandlung der atrophischen Rhinitis.

Rice betont den Werth der Allgemeinbehandlung. Constitutionelle Zustände, ungesunde Beschäftigung und dergl. spielen bei der Aetiologie mit. Dies wird bei der Behandlung zu wenig beachtet. Wenn er auf eine einzige Behandlungsmethode sich beschränken müsste, würde er jeder localen Therapie — von den einfach reinigenden Waschungen abgesehen — die Besserung der sanitären Verhältnisse des Kranken vorziehen. Er hat Patienten, die in dumpfen Räumen arbeiteten, ins Freie geschickt und die Besserung war sofort bemerkbar.

Alkohol und Cigarettenrauchen sind prädisponirende Ursachen; beide müssen gemieden werden.

Die empfohlenen Mittel sind meist anregend oder reizend. Die deutschen Autoren empfehlen auf Grund der Theorie vom bakteriellen Ursprung der Erkrankung Sublimat 1 : 4000. Elektricität wird als galvanischer und faradischer Strom und als Kupferelektrolyse benutzt. Gottstein empfiehlt die Tamponade mit Watte, die mit einer stimulirenden Substanz, wie Jodthymol, Fichtenöl etc. zu tränken ist.

Die Vibrationsmassage soll gute Resultate geben. Destruirende Eingriffe, wie die Cauterisation, sind schädlich, da sie die Vitalität des Gewebes noch weiter herabsetzen. Resorcinsalben wirken günstig. Wasserstoffsuperoxyd ist als bakteriocides Mittel nützlich, aber als Stimulans wirkt es nicht günstig und kann leicht zu stark reizen. Ozon erfordert einen complicirten Apparat.

Nach seinen persönlichen Erfahrungen empfiehlt Rice die öligen Präparate, die besser als wässrige Lösungen wirken. Zur Reinigung nehme man möglichst kleine Mengen Wasser. Geschwürige Stellen werden am besten durch Friction zur Heilung angeregt. Nach dem Waschen wird das Oelpräparat eingesprayt. Für Kinder ist ein 70proc. Pulver von stearinsaurem Zink mit Borsäure empfehlenswerth. Die Heilung der Krankheit ist schwer; aber diese Behandlung bessert den Zustand und erspart dem Pat. sicher alle Störungen.

Knight hebt hervor, dass die Krankheit sich oft zur Pubertät oder in früher Kindheit entwickelt. Bei Frauen hört sie gewöhnlich zur Menopause auf und selten findet man sie bei Patienten über 40—50 Jahren. Dieses Factum sollte für die ätiologische Auffassung der Krankheit mehr in Betracht gezogen werden.

Bryson Delavan empfiehlt zur Stimulirung den galvanischen Strom. Die Oxygenbehandlung, die nach den Empfehlungen von Stoker (London) sehr aussichtsvoll erscheint, verdient auch in Amerika versucht zu werden[1]).

S. O. Van der Poel bespricht die Serumtherapie. Eine seiner Ozaenapatientinnen erkrankte kürzlich mit Kehlkopfdiphtherie und erhielt 3 Antitoxininjectionen. Nach der Heilung der Diphtherie untersuchte er mehrfach die Nase und fand sie gebessert. Die Schleimhaut war trocken, aber die Krusten waren nicht so reichlich, wie vorher.

J. H. Hartmann: Die Anwendung des galvanischen Stromes ist bei diesen Fällen sehr peinlich; aber im Verein mit gründlicher Reinhaltung giebt sie die besten Resultate.

Jas. E. Logan constatirt, dass wenn die Atrophie an der mittleren und nicht an der unteren Muschel beginnt, dass dann gewöhnlich als primäre Affection ein Nebenhöhlenempyem vorliegt.

Casselberry lässt das Entstehen der Atrophie aus primärer Hypertrophie für die einfache nicht-fötide Form gelten. Dass aber die Hypertrophie intrauterin sich abspielen kann, ist blosse Hypothese.

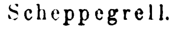
Bezüglich des Klimas hält er das feuchte, südliche für rathsam.

Mackenzie giebt die Schwierigkeit der Erklärung der Krankheit in der ersten Lebenszeit zu; wahrscheinlich liegt ihr eine angeborene Disposition zu Grunde. Das Oxygen wirkt, wie alle anderen derartigen Mittel, zu oberflächlich.

Rice erklärt in seinem Schlusswort, dass die ätiologische Mitwirkung von

---

1) Der Versuch ist verschiedentlich in Amerika bereits gemacht. Bekannt ist, dass in dem Sanatorium eines Mitgliedes der American Laryngolog. Association diese Behandlungsmethode in ausgedehntem Maasse geübt wird.


Scheppegrell.



Nebenhöhlenerkrankungen keineswegs erwiesen ist. Bezüglich des Klimas hält er die Seeküste für empfehlenswerther.[1]).

Donnerstag. 6. Mai.

D. Bryson Delavan (New York): Ein Fall von anscheinendem Sarkom der Mandel.

Der Fall ist ein interessantes Beispiel dafür, wie schwer maligne Affectionen der Mandeln zu diagnosticiren sind. Der Pat. verlangte die Entfernung seiner geschwollenen linken Mandel. Von Syphilis ist nichts festzustellen. Vor 2 Monaten war die Mandel entzündlich geschwollen gewesen und schliesslich aufgebrochen, wonach die eine Hälfte sich zurückbildete. Der Rest war indurirt. Mehrere Halsdrüsen waren geschwollen. Der Pat. klagte über Schmerzen. Das klinische Bild war das eines Sarkoms.

Ein Stück wurde abgetragen und dem Pathologen übersandt. Derselbe war zuerst im Zweifel und hielt dann Sarcom für wahrscheinlich. Darauf wurde die ganze Mandel exstirpirt und mehreren Untersuchern überwiesen. Alle diagnosticirten Sarcom; nur Hodenpyl schloss trotz der frappanten Aehnlichkeit des Bildes mit Sarcom dieses aus, weil die Mandel normal gross ist. Es scheint, als ob er Recht hätte; wenigstens ist der Patient unter Jodbehandlung vollständig geheilt.

D. Bryson Delavan: Die Verkleinerung hypertrophischer Muscheln durch submucöse Incision.

Die Verkleinerung der Muschelhypertrophie durch die Schlinge oder den Galvanokauter widerspricht dem Princip der conservativen Chirurgie, die Schleimhaut nicht zu zerstören. Auch kann die Schwellung durch Congestion ohne eigentliche Hypertrophie bedingt sein. Zuerst muss die Congestion des cavernösen Gewebes beseitigt werden.

Die Methode der submucösen Incision hat Redner seit 1 Jahr erprobt. Er bedient sich dabei eines kleinen Messers, wie es die Augenärzte benutzen. Nach Cocainisirung wird die Messerspitze in schräger Richtung so weit als möglich eingestossen und unter leichtem Hin- und Herbewegen wieder herausgezogen. Schmerz und Blutung sind sehr gering. Zweckmässig ist es, mehrere Stunden lang nach dem Einschnitt die Gefässe durch Cocain contrahirt zu erhalten. Der Erfolg tritt gewöhnlich schnell ein. D. sah in keinem seiner Fälle unangenehme Folgen.

Discussion: Wright hält einen Versuch mit dieser Methode für sehr angebracht. Bezüglich der Dauer der damit erzielten Erfolge erinnert er daran, dass die Congestion der Muscheln oft secundär als Folge anderer pathologischer Zu-

1) Es ist bedauerlich, dass in der ganzen Discussion Ozaena und einfache atrophische Rhinitis immer zusammengeworfen werden. Weil beide mit Atrophie einhergehen, kann man sie doch nicht zusammen abhandeln. so wenig wie beispielsweise Pneumonie und Tuberculose der Lungen, denen beide die Verdichtung des Lungengewebes gemeinsam ist! Scheppegrell.



stände eintritt. Die Congestion wird nicht radical geheilt, wenn nicht ihre eigentliche Ursache beseitigt wird. Recidive würden darum noch nicht ohne Weiteres gegen den Nutzen der Operation sprechen.

Casselberry meint, dass dieser Eingriff die Congestion der vorderen und mittleren Partieen der Muscheln wohl vorübergehend zu erleichtern geeignet sei. Bei zahlreichen Fällen aber sitzt die hauptsächliche Veränderung am hinteren Muschelende und dieses ist für die vorgeschlagene Methode nur schwer zugänglich.

Norval Pierce (Chicago) hat einen ganz ähnlichen Vorschlag gemacht; auf die Oeffnung, die man in die Muschel einschneidet, lässt er ein kleines Chromsäurekörnchen appliciren.

Der Fall von Delavan ist sehr lehrreich. In einem Falle, aus der Praxis von Casselberry, wurde ein Stückchen von einer Drüsencyste aus dem Larynx entfernt und vom Pathologen als cystisches Sarcom angesprochen. Daraufhin brannte C. in sehr weitem Umfange die ganze Geschwulst aus. Ein Recidiv ist nicht eingetreten. Bei richtiger Diagnose wäre die wiederholte ausgiebige Cauterisation vermieden worden.

Wright hält die Schwierigkeiten der Unterscheidung zwischen maligner und nicht maligner Geschwulst nicht für unüberwindlich, der Fehler liegt darin, dass dem pathologischen Untersucher die klinische Kenntniss des Falles abgeht. Diese muss er haben und als wesentliches Mittel für seine Diagnose verwerthen.

Casselberry will alle Fälle, in denen die pathologisch-anatomische Diagnose und der klinische Augenschein aus einander gehen, als verdächtig angesehen wissen.

Delavan fordert für alle zweifelhaften Fälle dieser Art die Jodprobe; auch soll ein möglichst grosses Stück der Geschwulst zur Untersuchung gegeben werden. In seinem Falle wurde allein durch den Bericht von Hodenpyl die beabsichtigte grosse Operation verhindert.

J. W. Farlow: Ein Fall von subglottischem Tumor mit starker Dyspnoe, Exstirpation mittelst Tracheotomie und Curettement.

Die Patientin war früher wegen Nasenstenose operirt worden. Später wurden 2 subglottische Tumoren erkannt und wegen der starken Dyspnoe, die sie verursachten, von aussen her operirt. Die radicale Operation unterblieb, weil angenommen wurde, dass die Geschwulst auf den Oesophagus übergegriffen habe. Unter Jod wurde der Zustand der Patientin allmälig schlechter.

Farlow sah den Fall zuerst im vergangenen Januar. Die Frau hatte 30 Pfund abgenommen. Die Dyspnoe war erheblich; kein Schmerz. Das Nasenbein und die seitlichen Knochen waren deutlich verdickt. Im Raum unterhalb der Stimmbänder sah man eine glatte Schwellung, die von der hinteren Trachealwand auszugehen schien und nur einen engen Spalt für die Athmung frei liess. Die Stimmbänder bewegten sich frei und die Stimme selbst war nur wenig beeinträchtigt. Keine Ulceration, keine Schmerzen oder Schluckbeschwerden. F. hielt die Geschwulst nicht für maligne, sondern mit einiger Wahrscheinlichkeit für ein Enchondrom der Trachealwand. Er machte die tiefe Tracheotomie und erweiterte die

Trachealöffnung bis dicht an den Ringknorpel. Es zeigte sich nun, dass der Tumor vom Ringknorpel ausging und nach abwärts sich erstreckte. Die Geschwulst, die sehr derb war, wurde mit einem scharfen Löffel ausgeschabt. Die Trachea war augenscheinlich frei. Die Wunde wurde vernäht und 5 Tage später die Trachealcanüle entfernt. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Fibrom.

Enchondrome dieser Gegend sind selten; nur zwei Fälle sind mitgetheilt. Die Vermuthung war durch das Aussehen der Nasenknorpel nahe gelegt. Ein Recidiv ist zu erwarten, da zweifellos ein Theil der Geschwulst zurückgeblieben ist.

Jonathan Wright (Brooklyn): Oedematöse papilläre Nasenpolypen und ihre Beziehung zu Adenomen.

Wright belegt die Thatsache mit neuen Fällen, auf die er früher bereits hingewiesen hat, dass sich echte Myxome niemals in der Nasenhöhle finden und dass die Geschwülste, die man gewöhnlich mit diesem Namen bezeichnet, einfach das Resultat einer chronischen Entzündung sind.

F. E. Hopkins (Springfield): Adenosarcom der Nase.

83jähriger Mann von relativ gutem Gesundheitszustand; in der Familie sind weder Krebs noch Tuberculose vorgekommen. Seit 6 Jahren ist die linke Nasenseite verstopft und secernirt reichlich. Ein Arzt hat ihm vor einiger Zeit etwas mit der Zange aus der Nase entfernt, ohne dass jedoch Besserung eintrat. 1 Monat danach trat eine schwere Nasenblutung ein, die sich seither noch einmal wiederholt hat.

Als H. den Patienten sah, klagte er nur über den Verschluss der Nase und Ausfluss. Das linke Auge erschien etwas nach aussen verlagert. Das Septum war nach rechts gedrängt und die ganze linke Nasenseite erschien von der Geschwulst erfüllt. Drüsen waren nicht geschwollen. Wright machte die histologische Untersuchung und erklärte die Geschwulst für ein Adeno-Sarcom. Diese Fälle sind bisher sehr selten. Vielleicht findet man sie häufiger, wenn man mehr darauf achtet.

Geo A. Leland (Boston) beobachtete einen Fall von zunehmendem Verschluss der Nase mit wiederholtem Nasenbluten. In der rechten Seite der Nase fand sich eine Geschwulst, die klinisch als Sarcom gedeutet werden musste. Dieselbe wuchs rapide. Später trat in der Pleura eine Metastase auf. Die mikroskopische Diagnose ergab dann ein Adenom mit Tendenz zum Sarcom.

Discussion: Swain bespricht die Analogie zwischen den Polypen im Ohr und den Nasenpolypen. Zur Bildung der Ohrpolypen trägt das Bindegewebe viel bei.

Wright erklärt, dass von Ohrenpolypen ein grosser Theil adenomatösen Bau zeigt. Bezüglich des Uebergangs von gutartigen in bösartige Geschwülste neigen die Pathologen zu der Anschauung, dass gewisse parasitäre Körper in den Zellen die eigentlichen Träger und Erreger der Malignität sind und dass solche Geschwülste einfach ein guter Culturboden für diese Microorganismen sind.

T. M. Murray (Washington): Ein Beitrag zur Kehlkopfphthise.

Spontane Heilung ist möglich. Die Bedeutung der chirurgischen Behandlung, besonders der Werth des Curettements sind allgemein anerkannt. Manche rühmen das Kreosot; nach Störk ist es schädlich für die Ernährung, weil es den Magen angreift; Murray hält es für nützlich. Die Curette und die Milchsäure behalten den ersten Platz in der Behandlung der Larynxphthise. Die Laryngotomie und Laryngectomie sind nur in Ausnahmefällen angebracht. Neuerdings hat M. mit dem Enzymol gute Erfahrungen gemacht.

Newcomb hat viel Kreosot gegeben. 35 Tropfen pro Tag werden meist gut vertragen.

Emil Mayer (New-York): Primärer Lupus des Kehlkopfs.

Der Pat. ist seit Juli 1896 in M.'s Behandlung. 1 Jahr vorher hatte er nach einem leichten Hustenanfall ein Weinglas Blut ausgeworfen. Diese Blutung wiederholte sich eine Zeitlang täglich, stets mit der gleichen Menge. Dann verschwand die Blutung und der Pat. hatte weder Husten noch Schmerzen. Der Rand der Epiglottis ist ulcerirt, verdickt und mit Knötchen bedeckt. Von Syphilis ist nichts bekannt. In der rechten Lungenspitze ist eine geringe Verdichtung nachweisbar. M. diagnosticirt auf Lupus.

Unter der Behandlung nahm Pat. erheblich zu, seine Stimme und sein Appetit wurden wieder gut. Nach 18 Monaten ist der Pat. jetzt anscheinend gesund. Die Epiglottis aber ist verdickt geblieben.

Der zweite Fall, bei dem jetzt nach 2 Jahren nur eine narbige Abflachung der Epiglottis noch vorhanden ist, wurde bereits von Asch mitgetheilt.

Der Larynx ist nicht so häufig erkrankt, wie die Haut. Er sollte aber in allen Fällen untersucht werden. Der secundäre Lupus des Larynx ist selten, der primäre noch sehr viel seltener, doch kommt er ganz zweifellos vor. Die tuberculöse Natur des Lupus unterliegt keiner Frage mehr; warum seine Erscheinungsform so sehr von der gewöhnlichen Tuberculose abweicht, ist bisher nicht zu erklären. Die besondere Eigenthümlichkeit des Lupus ist die geringe Anzahl von Bacillen; man findet bisweilen erst nach langem Suchen einige. Prädilectionsstelle ist die Epiglottis. Die Ulcerationen sehen wie angefressen, zernagt aus; sie heilen mit weisser Farbe. Stenosen durch die Infiltration oder die Retraction der Narben sind selten.

In früheren Stadien ist die Diagnose leicht, später wird sie schwerer. Die Drüsen sind manchmal geschwollen, manchmal nicht. Der Verlauf ist chronisch; bisweilen kommt es zu spontaner Heilung. Differentialdiagnostisch bedeutsam gegenüber der Larynxphthise ist, dass beim Lupus gewöhnlich der Schmerz fehlt und die Stimme meist nicht heiser ist. Husten, Auswurf und Bacillen sind spärlich. Das Oedem ist meist sehr gering. Die Narbenbildung überwiegt die Ulcerationen. Vor Verwechselungen mit Syphilis schützt das Aussehen und die Anamnese, vor allem die Verschlechterung unter Jodbehandlung.

Die Prognose ist günstig. Chirurgische Maassnahmen können die Krankheit zum Stillstand oder zur Heilung bringen.

Swain theilt einen Fall von Lupus der Nase mit, in dem die Nasenflügel zerstört wurden. Im Munde sieht man Narben bis herab zur Epiglottis. Auch im

Larynx sind Narben vorhanden. Trotzdem spricht der Pat. mit guter Stimme. Er hatte niemals Halsschmerzen. Eine Tuberculinbehandlung hat keinen Nutzen gebracht, obwohl nach jeder Injection eine Reaction eintrat.

Hubbard erwähnt einen Fall, in dem die einzige Läsion die Zerstörung der Epiglottis ist. Pat. entstammt einer tuberculösen Familie: seine Lungen aber sind frei.

Wright erklärt, dass Lupus und Tuberculose des Larynx weder klinisch noch mikroskopisch bestimmt zu scheiden sind. Die Larynxphthise ist gewöhnlich typisch, doch kommen atypische Fälle vor. die dann nicht leicht zu differenziren sind. Er beobachtete einen Patienten mit Halsweh, Husten, Heiserkeit und Gewichtsabnahme. Von Syphilis war nichts zu eruiren. Der Kehlkopf zeigte ein granuläres Aussehen und war so stark infiltrirt, dass Dyspnoë bestand. Die linke Lungenspitze war etwas infiltrirt. Der Fall wurde als Lupus angesehen. Zögernd gab W. Jod mit dem Resultat, dass der Kehlkopf bald ein normales Aussehen gewann. Dabei waren Tuberkelbacillen im Sputum und später entwickelte sich allgemeine Tuberculose. Zur Theorie der Mischinfection hat W. wenig Zutrauen, wenn er auch Syphilis als prädisponirende Ursache gelten lassen will.

J. H. Lowman entsinnt sich eines Falles, der für Syphilis gehalten worden war und den er für einen Lupus hielt. Derselbe wurde unter specifischer Behandlung schlechter und besserte sich unter Fowler'scher Lösung.

Mayer wünscht zu wissen, ob in Swain's Falle die Eruption in der Nase secundär war und ob ein primärer Gesichtslupus bestand. (Swain antwortet bejahend.)

Lupus und tuberculöse Laryngitis mögen histologisch gleich sein, klinisch sind sie aber sehr verschieden und verschieden ist auch ihre Prognose. In dem Falle, von dem er sprach, war die Zerstörung eine enorme und die Stimme noch immer klar.

J. E. H. Nichols (New-York): 4 Fälle von Sarkom der Nasenhöhlen.

In Fall 1 wurde die sarkomatöse Geschwulst mit der heissen Schlinge entfernt. Es trat ein Recidiv ein und eine radicalere Operation wurde gemacht; nach Spaltung der Nase in der Mittellinie und Zurückschlagen der Lappen wurde die Geschwulst mittelst Meissel und Hammer und mit der Curette entfernt. Die erkrankten Siebbein- und Keilbeinzellen wurden ausgekratzt. Ein neues Recidiv trat ein und wieder wurde eine noch ausgedehntere Operation gemacht; diesmal wurde das eine Auge mit entfernt. Nach 4 Monaten wieder Recidiv. Seruminjectionen blieben ohne Erfolg und nach 4 Monaten starb der Patient.

In Fall 2 bestand Exophthalmus bei Sarkom der linken Nasenseite. Trotz Radicaloperation endigte der Fall bald letal.

Fall 3 betrifft einen Knaben. Die ganze rechte Nasenseite und der Nasopharynx sind von Geschwulstmasse erfüllt; das rechte Auge ist vorgedrängt. Das Mikroskop zeigt, dass es sich um ein Rundzellensarkom handelt. Die Operation wird verweigert.

Fall 4: 17jähriger Patient, der seit 1 Jahr über Verstopfung der linken Nasenseite klagt. Es fand sich ein Sarkom. Die Operation war möglichst radical. Die ganze Nase mit Antrum und Siebbeinzellen wurden in eine grosse Höhle verwandelt. Recidiv mit tödtlichem Ausgang nach 21 Monaten.

Die Wahlen für die nächste Versammlung ergeben:

Vorsitzender: Dr. Thomas R. French (Brooklyn).

Stellvertr. Vorsitzender: Dr. T. Morris Murray (Washington) und Dr. H. S. Birkett (Montreal).
Secretär und Schatzmeister: Dr. Henry L. Swain (New-Haven).
Bibliothekar: Dr. J. H. Bryan (Washington, D. C.).
Ausschuss: Dr. D. Bryson Delavan (New-York), Dr. John O. Roe (Rochester), Dr. W. H. Daly (Pittsburg) und Dr. Chas H. Knight (New-York).

W. Scheppegrell, A. M., M. D. (New-Orleans, La.)

---

c) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/98. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

J. Disse: Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Rachens.

Während Zuckerkandl in seiner Bearbeitung der Entwicklungsgeschichte des Kehlkopfes den kritischen Standpunkt des Forschers einnimmt, controversielle Punkte hervorhebt, und neu erhaltene Resultate beibringt, hat Verf. es vorgezogen, die Entwicklungsgeschichte des Rachens vom Standpunkte des Lehrers zu behandeln.

Die Spaltung der Entwicklungsgeschichte der oberen Luftwege in drei Abschnitte und deren Zuweisung an drei verschiedene Autoren hat nach Ref.'s Meinung etwas gewaltsames. Eine einheitliche Behandlung dieser ganzen Materie wäre aus denselben Gründen angezeigt gewesen, welche zu der Behandlung der Geschichte in einem einzigen Capitel Veranlassung gegeben haben.

Auf kaum neun Seiten giebt Verf. eine Skizze von der Entwicklung des Mundes und Rachens, welche an Klarheit nichts zu wünschen übrig lässt.

Es folgt dann die anatomische Beschreibung der verschiedenen Rachentheile. Die Pharynxtonsille wird nicht als ein selbstständiges Organ, sondern nur als eine verdickte und zerklüftete Schleimhautpartie vorgeführt. Indessen wird sie auch histologisch in ausgezeichneter Weise beschrieben. Hervorzuheben ist die präcise Schilderung der Bursa pharyngea (Mayer, Luschka, Killian), eine blindsackförmige Ausstülpung der Schleimhaut des Rachendaches, deren Mündung hinter der Pharynxtonsille liegt, und die bis zur Schädelbasis, welche öfters an dieser Stelle ein Grübchen besitzt, hinaufreicht. Eine derartige Bursa sah Verf. nur zweimal bei 30 Personen. Dagegen ist der sogenannte Recessus pharyngeus medius, eine mediane Spalte im Bereich der Pharynxtonsille [nicht selten auch Bursa pharyngea benannt], eine sehr häufige, fast regelmässige Bildung.

Die Wachsthumsveränderungen, welche der Pharynx an Form und Stellung erleidet und die theilweise durch das Wachsthum der Nachbarorgane bestimmt sind, werden mit der gleichen Klarheit geschildert.

Die Arbeit ist mit einer Anzahl guter Abbildungen versehen, von denen nur die histologischen neu sind.

V. v. Mihalkovicz: Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Die Bearbeitung dieses Capitels kann als eine mustergültige bezeichnet



werden. Wenn auch dasselbe neue Forschungen und originelle Anschauungen nicht enthält, so legt es, unter erstaunlich vollständiger Berücksichtigung der Literatur, den heutigen Stand der Nasenanatomie in vortrefflicher Weise dar.

Die Anordnung der umfassenden Materie ist eine systematische und übersichtliche, und auf jedem Punkt haben die auseinandergehenden Meinungen eine treue Wiedergabe und kritische Würdigung gefunden. Zahlreich und interessant sind die Hinweisungen auf die vergleichende Anatomie, während eine Anzahl sehr klarer, origineller Abbildungen den Text erläutern. Speciell erwähnenswerth sind die Bemerkungen über die Form der äusseren Nase, die man in den rhinologischen Handbüchern sonst vermisst. Nur wo Verf. die Pathologie berührt ist er nicht immer glücklich, namentlich wo er von der „Unmöglichkeit des Abflusses krankhafter Secrete“ aus der Oberkieferhöhle und von der künstlichen Oeffnung dieser Höhle im unteren Nasengang spricht, welche Stelle, der Fossa canina gegenüber, den Vorzug haben soll, „dass die Weichtheile des Gesichts geschont werden“! Auch dürfte die „klare Auffassung“ der Function und Bedeutung der Nebenhöhlen, zu der man in neuerer Zeit, dank der vergleichenden Anatomie und Entwicklungsgeschichte, gekommen sein soll, nicht Jeden befriedigen.

Die Publication einer Arbeit über die vergleichende Anatomie der Nasenhöhle wird vom Verf. in Aussicht gestellt.

Ueber die Entwicklungsgeschichte der Nase wird eine ausführliche Publication aus seiner Feder in der „Intern. Monatsschr. f. Anatomie“ erscheinen. Hier giebt er von derselben einen recht gelungenen Auszug, welcher sich, auch durch seine zahlreichen instructiven Abbildungen dem anatomischen Abschnitt in würdiger Weise anschliesst.

Die ganze Arbeit schliesst mit einem Capitel über die Nasenhöhle des Kindes. Verf. weisst nach, dass beim Säugling und bis zum 3. Lebensjahre die untere Muschel den unteren Nasengang ganz verlegt und nur der mittlere Nasengang offen ist, eine Beschränktheit der Luftgänge, aus welcher er die Gefährlichkeit der Coryza bei Säuglingen erklärt.

P. Schiefferdecker: Histologie der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Die Histologie der (normalen) Schleimhaut ist hier in wirklich erschöpfender Weise behandelt worden. Die drei Abtheilungen, in die nach ihrem Bau die innere Auskleidung der Nasenhöhle zerfällt, werden der Reihe nach geschildert. Der olfactorische Theil hat beim Menschen eine solche Reduction erlitten, dass Verf. denselben als ein Organ, das im Begriff steht, rudimentär zu werden, betrachtet. Auch die beiden Uebergangsgebiete haben eingehende Berücksichtigung erhalten. Die Grenze zwischen der respiratorischen und der Riech-Schleimhaut ist — wegen grosser individueller Verschiedenheiten, wegen des Einflusses der so zahlreich vorkommenden Katarrhe und wegen der unregelmässigen Form der Grenzlinie und der häufigen Inselbildung — sehr schwer festzustellen.

Hervorzuheben ist die Beschreibung der „Basalcanälchen“, feine Canälchen, welche die Membrana propria (Basalmembran) der Schleimhaut durchbohren, und die Intercellularsubstanz des Bindegewebes, resp. die Safträume desselben mit der Epithelschicht, d. h. eventuell mit der Aussenwelt verbinden. Verf. schreibt,

ebenso wie Chatellier, diesen Canälchen eine bedeutende Function zu. Sie sollen erstens den Leukocythen den Durchtritt zum Epithel und damit nach aussen hin gewähren, und zweitens den Weg bilden, auf welchem fortdauernde Flüssigkeit aus den Saftbahnen nach aussen hindurchtritt. Diese Flüssigkeit soll, zusammen mit dem von den Drüsen und den Becherzellen gelieferten Schleim, das Material für die stetige Berieselung des Epithels bilden. Auch stellt er die Hypothese auf, dass der durch die Canälchen fortdauernd nach aussen hindurchtretende Flüssigkeitsstrom (dem auch bactericide Eigenschaften zukommen dürften) den Eintritt von pathogenen Keimen verhindert.

Besondere Erwähnung verdient die durch schöne Abbildungen erläuterte Beschreibung des Schwellgewebes, welches Verf., ausser an den Muscheln, auch in ganz characteristiscer Form am Tuberculum septi gefunden hat. Mit Sicherheit hat er im Schwellgewebe auch nicht zu den Gefässen gehörige Muskelfasern constatiren können. Mit Zuckerkandl und Henle betrachtet er den Schwellkörper als für die Erwärmung der Athemluft wesentlich; er nimmt nicht an, dass derselbe etwas mit der Secretion zu thun hat. Es finden übrigens alle auf diesem Gebiete noch schwebenden Fragen ausführliche kritische Erörterung.

D. Hansemann: Sectionsmethode des Kehlkopfes und der Luftröhre. — Sectionstechnik zur Untersuchung der Nase uud ihrer Nebenhöhlen.

Zweifelsohne die beiden kürzesten Capitel des Handbuches, für deren Aufnahme wir indessen dem Herausgeber gerne Dank zollen. Das Capitel für den Kehlkopf enthält auch im Wortlaut die officiellen (preussischen) Vorschriften für gerichtsärztliche Obductionen. Für die Section der Nase und ihrer Nebenhöhlen existiren solche Vorschriften nicht. Die vollkommenste, leider auch umständlichste Methode ist hier die Schalle'sche, während dagegen Harke, mit seiner so einfachen und in 5 Minuten ausführbaren Methode, das Ei des Columbus gefunden hat.

Amsterdam, April 1898. H. Burger.

III. Briefkasten.

Fünfte Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Die fünfte Versammlung süddeutscher Laryngologen wird am 2. Pfingstfeiertage, den 30. Mai in Heidelberg stattfinden. Diejenigen Herren Collgen, welche Vorträge oder Demonstrationen zu halten beabsichtigen, werden gebeten, ihre Themata längstens bis zum 1. Mai dem Unterzeichneten zuzusenden. Die ausführliche Tagesordnung wird Anfangs Mai versendet werden.

Augsburg, 1. IV. 98. Maxstr. A. 22.
Mit collegialem Grusse i. A.: Dr. Hedderich, II. Schriftführer.

Vorläufige Mittheilung: Zur Discussion steht das Referat des Herrn Prof. Schech (München): Die Laryngitis exsudativa. — Bis jetzt angemeldete Vorträge: 1. Herr Prof. Schech (München): Zur Pathologie der Keilbeincaries. 2. Herr Prof. Seifert (Würzburg): Ueber die Beziehungen zwischen Nasen- und Augenerkrankungen. 3. Herr Avellis (Frankfurt a. M.): Was ist der sog. typische respiratorische Kehlkopfstridor der Säuglinge? 4. Herr Prof. Killian (Freiburg i. B.): a) Ueber directe Bronchoskopie, b) Demonstrationen. 5. Herr Hedderich (Augsburg): Demonstration eines Präparates.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. Berlin, Juni. 1898. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **Gouguenheim. Statistik der in der Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten im Hôpital Lariboisière im Jahre 1896 gemachten Operationen. (Statistique des opérations faites à la consultation des maladies du larynx et du nez de l'hopital Lariboisière en 1896.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 7. Juli 1897.*

G. sah im Jahre 1896 in der poliklinischen Sprechstunde des Krankenhauses 3914 Kranke. Operative Eingriffe in Nase, Rachen und Larynx (Ohrenoperationen nicht mitgezählt) wurden etwas über 1300 gemacht.

E. J. MOURE.

2) **A. Rivière** (Lyon). **Neurasthenie und Specialität. (Neurasthénie und spécialité.)** *Province Médicale. 11. Juli 1897.*

R. wendet sich gegen die übertriebene Bedeutung, die Kranke und Aerzte den manchmal unbedeutenden Affectionen der Nase, des Larynx und des Ohres beilegen. Der Kranke wird dadurch leicht zur Hypochondrie, der Arzt zum Vieloperiren, zu einem ungerechtfertigten Brennen und Schneiden in Hals und Nase seiner Patienten verleitet.

PAUL RAUGÉ.

3) **Wm. H. Park. Die Beiträge der Bakteriologie zur Therapie. (The contributions of bacteriology to therapeutics.)** *N. Y. Medical Record. 30. October 1897.*

Verf. bespricht die Aussichten der Serumtherapie. Ausser dem Diphtherie- und dem Tetanusserum haben wir bisher kein wirksames Serum. Im Allgemeinen scheint die Bakteriologie mehr berufen zu sein, das Verhüten von Krankheiten zu lehren, als Heilmittel zu schaffen.

LEFFERTS.



4) **Petit** (Paris). **Ueber den Werth der verschiedenen Cocaine. (Sur la valeur des différentes cocaines.)** *Société de Therapeutique. 13. October 1897.*

Trotz der Identität ihrer chemischen Formel haben die aus der Coca extrahirten und die synthetisch dargestellten Cocaine sehr verschiedene Wirkung.

PAUL RAUGÉ.

5) **E. Hönigschmied** (Weistrach). **Erfahrungen in der Anwendung und Wirkung neuerer Arzneimittel.** *Aerztl. Centralanzeiger. No. 36. 1897.*

U. A. bespricht Verf. die Wirkung von Airol, Dermatol und Tussol und bestätigt die Angaben der bisher hierüber geschriebenen Publicationen. CHIARI.

6) **P. Stampfl** (Wien). **Ueber Peronin.** Vortrag, geh. im Wiener medic. Doctorencollegium am 8. November 1897. — *Wiener klin. Rundschau. No. 47. 1897.*

St. berichtet über günstigen Einfluss von Peronin bei Larynx- und Lungenaffectionen, bei denen starker Hustenreiz besteht. Derselbe wird gemildert und es erfolgt leichtere Expectoration. Da die Diaphorese oft gesteigert wurde, ist Peronin bei schwitzenden Phthisikern und für Insufflationen in den Larynx nicht geeignet. Von diesem Mittel giebt man 2—3mal grössere Dosen als von Morphium.

CHIARI.

7) **Tanneur** (Paris-Belleville). **Ichthyol bei Krankheiten der Athmungsorgane.** *Wiener med. Blätter. No. 48. 1897.*

Empfohlen bei acuter und chronischer Bronchitis. T. legt Werth darauf, dass Ichthyol nur in Kapseln à 0,25 g und zwar sofort in grösseren Dosen (8 Kapseln pro die) verabreicht wird. CHIARI.

8) **J. Dakura** (Wien). **Ueber die Wirkung des Guajacetins bei der Tuberculose.** *Wiener klin. Rundschau. No. 51. 1897.*

D. fand in seinen 22 Versuchen, dass Guajacetin zwar kein Specificum gegen Tuberkulose sei, doch einen hervorragenden Platz unter den symptomatisch wirkenden antituberkulösen Mitteln einzunehmen berechtigt ist. Die Patienten befanden sich subjectiv besser, bemerkten Appetitsteigerung, Zunahme des Körpergewichtes; auch besserte sich die Qualität des Blutes, und das Eiweiss im Urin verminderte sich. Doch ist G. vorläufig noch viel zu theuer. CHIARI.

9) **Schön-Ladniewski** (Berlin). **Ueber den therapeutischen Werth des Nosophens und seiner Salze Antinosin und Eudoxin in der Kinderpraxis.** *Wiener med. Presse. No. 45. 1897.*

Verf. berichtet über sehr günstige Resultate und betont namentlich die stark secretionsbeschränkende Wirkung des Nosophens. Bei scrophulösem Eczem wandte Verf. eine 5—10proc. Nosophen-Lanolinsalbe an, bei Angina catarrhalis, sowie auch bei Stomatitis ulcerosa sah er von einem 1—2proc. Antinosin-Gurgelwasser besseren Erfolg als bei der Anwendung des Kali chloricum. CHIARI.

10) **Lichtwitz** und **Sabrazès** (Bordeaux). **Das Orthoform als Anästheticum und Antisepticum. Seine Wirkung bei den verschiedenen Dysphagien. (L'ortho-**

forme comme anesthésique et comme antiseptique. Son action dans les dysphagies de causes diverses.)

Als Antisepticum erwies sich das Orthoform in den Versuchen der Verff. von sehr mässiger Wirkung. Dafür aber war seine schmerzstillende Wirkung höchst bemerkenswerth. Als Pulver auf Wunden aufgeblasen erzeugt es sehr schnell (2 Min. nach dem Aufblasen) eine lange anhaltende (24 Stdn. und darüber) Anästhesie. Die Dauer der sedativen Wirkung erklärt sich durch die geringe Löslichkeit des Mittels. Nach Einhorn und Heinz, die das Orthoform einführten, soll dasselbe ungiftig sein.

Lichtwitz und Sabrazès versuchten das Orthoform

a) bei Kehlkopftuberculose;
b) in einem Falle von Krebs des Kehlkopfeingangs;
c) nach der electro-thermischen Amygdalotomie.

PAUL RAUGÉ.

11) **J. Munk** (Duna Szerdahely). **Ueber den therapeutischen Werth einiger Ersatzmittel für Jodoform, speciell das Tannoform.** *Aerztlicher Centralanzeiger. No. 35. 1897.*

M. empfiehlt Tannoform u. A.

1. bei frischen, nicht umfangreichen Wunden;
2. bei oberflächlichen Geschwüren;
3. bei nässenden Eczemen und Excoriationen;
4. bei Ozaena und Rachencatarrh.

CHIARI.

12) **W. Schmidt** (Bern). **Die Desinfectionskraft antiseptischer Streupulver.** *Wiener med. Blätter. No. 46. 1897.*

Die angeführten Resultate haben nur für künstliche Nährböden Geltung und sind daher mit Vorbehalt auf die Verhältnisse am lebenden Gewebe zu übertragen. Nach den Versuchen besitzt das Xeroform die höchste antibakterielle Wirkung, ihm folgt zunächst Airol.

CHIARI.

13) **Paul Carnot. Die Blutstillung durch Gelatine. (De l'hemostase par la gelatine.)** *Presse méd. 18. September 1897.*

C. studirt die Wirkung der verschiedenen Hämostatica: Man kann dieselben in 2 Gruppen theilen, vasoconstrictorisch wirkende (Ergotin) und coagulirende. Von den letzteren stellte C. besonders mit den Kalksalzen und mit der Gelatine Versuche an. Die Gelatine lässt das Blut gerinnen (Dastre); sie ist — im Gegensatz zum Eisenchlorid — unschädlich und giebt ein festes, adhärentes, leicht organisirbares Gerinnsel.

C. benutzt eine 5proc. Lösung von Gelatine in Wasser oder besser physiologischer Kochsalzlösung. Dieselbe wird bei 100° sterilisirt und kann mit einem Antisepticum, z. B. Sublimat versetzt werden. Natürlich muss dieser Zusatz so gering wie möglich sein, da einer der Vorzüge der Gelatine ihre Unschädlichkeit für die Zellen ist. Eine Injection von 30—40 ccm dieser Lösung brachte schwere Nasenblutungen, Blutungen aus dem Rectum etc. sofort zum Stehen. Die Lösung soll nicht zu heiss sein, sondern Körpertemperatur haben. Bei Hautverletzungen träufelt man einige Tropfen der Lösung auf die Wunde.

Da Gelatine sich im Magen löst, benutzt C. bei Magenblutungen das Calciumchlorid.

A. CARTAZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Bayer. Pathogenie der Nasenaffectionen und solcher nasalen Ursprungs. (Pathogénie des affections nasales et d'origine nasale.)** *Annales de l'Institut Chirurg. de Bruxelles. No. 3 u. 9. 1897.*

Der Artikel wendet sich hauptsächlich an den praktischen Arzt, um denselben von der Wichtigkeit des Studiums der nasalen Affectionen zu überzeugen, was in der Vorrede hauptsächlich betont ist; sodann kommen einige anatomische und physiologische Auseinandersetzungen, die den Uebergang zur Besprechung der Pathologie und Symptomatologie der Nasenaffectionen bilden, um den Connex derselben klar zu legen. Die Therapie ergiebt sich von selbst.

Autoreferat.

15) **S. F. Snow. Kopfschmerzen aus nasalen Ursachen. (Headaches from nasal causes.)** *N. Y. Medical News. 10. Juli 1897.*

Der nasale Ursprung des Kopfschmerzes ist ungemein häufig und es ist rathsam, bei allen Patiententen, die an hartnäckiger oder recidivirender Neuralgie, Clavus, Stirnkopfschmerz u. ähnl. m. leiden, die Nasenpassage und den Nasenrachenraum zu untersuchen und in den besten Zustand zu setzen. Die beste Therapie ist ein sanftes Einsprayen der betreffenden Partien mit Jodol und Aether (0,18 : 30), vorher, wenn nöthig, ein Spray von 2 pCt. Cocain.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **J. Ph. Elias** (Rotterdam). **Bostock's Sommerkatarrh. (Bostock's zomerkatarrh.)** *Med. Weekbl. No. 10, 11. 1897.*

E., selber an Heufieber leidend, giebt eine ausgezeichnete Beschreibung dieser Krankheit, welche er mit Krafft-Ebing auf Rechnung arthritischer, namentlich aber neurasthenischer Constitution schreibt. Die oft gemachte Wahrnehmung, dass das Leiden vorwaltend die besseren Gesellschaftskreise heimsucht, sei nur die Folge des Umstandes, dass in diesen Kreisen die Neurasthenie verhältnissmässig frequent ist. Er betrachtet das Heufieber als ein Analogon jenes anderen bekannten Symptomes der Neurasthenie: der Kleiderangst. Wie hier das Tragen neuer Kleider Fröste und Unbehagen erweckt, so gebe dort die ungewöhnliche Sonnenhitze zu unangenehmen Empfindungen und reflectorischen Gefässnervenstörungen Veranlassung. Von diesem Gesichtspunkte aus werden die verschiedenen therapeutischen, zumal die endonasalen Maassnahmen besprochen und verurtheilt.

H. BURGER.

17) **William H. Capp. Beitrag zur Symptomatologie des Heufiebers. (A contribution to the symptomatology of hay fever.)** *Medical News. 23. October 1897.*

C. bespricht das Verhalten des Nervensystems. Es besteht allgemein ein

tonisch-spastischer Zustand. In der Nase und im Schlunde äussert sich dieser durch Hyperästhesie der Schleimhaut. Der tonische Krampf schlägt leicht nach einiger Zeit in Erschlaffung um. Dann tritt eine excessive Secretion aus Nase, Augen etc. ein.

LEFFERTS.

18) **Grayson. Der constitutionelle Factor bei der Entstehung des Heufiebers. (The constitutional factor in the causation of hay fever.)** *Medical News. 13. November 1897.*

Zur Entstehung des Heufiebers wirken 3 Factoren zusammen: ein äusserer Reiz, eine intranasale Abnormität und ein constitutionelles Element, der „fehlerhafte Ernährungszustand". Auf das letztere richtet G. sein Augenmerk. Er bespricht die therapeutischen Consequenzen, die Nothwendigkeit der Allgemeinbehandlung, die in der Regelung der Diät, der Arbeit und Erholung, der Kleidung des Patienten, in Bädern, Vermeidung aller Excesse etc. etc. besteht.

LEFFERTS.

19) **Edmund W. Holmes. Pathologie und Behandlung des Heufiebers. (Pathology and tratment of hay fever.)** *N. Y. Med. Journal. 13. November 1897.*

Das Heufieber wird aufgefasst als ein einfacher Nasencatarrh mit Hyperästhesie, als vasomotorische Erkrankung, als organische Affection der Nervenendigungen in der Nasenschleimhaut oder schliesslich als eine Aeusserung der harnsauren Diathese. Der Wirksamkeit des Pollenstaubes, der entweder die Krankheit selbst oder die Paroxysmen verschulden soll, wird in allen diesen Theorien ein Feld eingeräumt.

Für die Behandlung empfiehlt H. besonders eine 2proc. Lösung von carbolsaurem Cocain mit Borsäurelösung (0,3 : 30,0). Die Carbolsäure unterstützt die anästhesirende Wirkung des Cocains und verhütet die zu schnelle Resorption. Von den localen caustischen und operativen Eingriffen hält er sehr wenig. Er selbst hat seit 22 Jahren an sich Erfahrungen über das Leiden gesammelt; wenn der Anfall kommt, nimmt er gar nichts, sondern geht ins Gebirge.

LEFFERTS.

20) **J. Müller** (Wien). **Ueber Heufieber.** Vortrag, geh. im Wiener medic. Club am 20. October 1897. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1897.*

Verf. hat in Karlsbad aus Amerika und England stammende Fälle von chronischem Heufieber — grösstentheils bei Männern — beobachtet. Die Anfälle begannen durchwegs mit einem starken Kitzelgefühl in der Nase, mit reichlicher seröser Absonderung. Hierbei zeigte sich die Nasenschleimhaut geröthet, oft auch gewulstet. Durch Berührung derselben mit einer Sonde konnten fast immer Anfälle ausgelöst werden. Therapeutisch wendete M. in den ersten Tagen Pinselungen der Nasenschleimhaut mit 20—30proc. Lapislösungen an, später applicirte er einen Spray von Karlsbader Wasser und pinselte schliesslich mit

Rp. Menthol.
Resorcin. ana 3,0
Spir. vin. abs. 14,0.

Seine Erfolge waren angeblich sehr günstige.

CHIARI.

21) **Jankelevitch. Nasale Hydrorrhoe. (Hydrorrhée nasale.)** *Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 51. 18. December 1897.*

Dieses Leiden, das nicht mit Heufieber identisch ist, stellt nicht sowohl eine bestimmte eigene Erkrankung, als vielmehr ein Symptom verschiedener Nasen- und Nasennebenhöhlen-Erkrankungen dar. Dasselbe besteht in reichlichem wässerigen Ausfluss, der bisweilen von Niessanfällen und leichten Allgemeinsymptomen begleitet ist. Die hydrorrhoische Schleimhaut ist blassroth, gefaltet, von unregelmässiger Oberfläche und contrahirt sich nicht auf Cocain. Sie neigt im allgemeinen zur Atrophie.

Gegen die Hypertrophie sind galvanokaustische Aetzungen und besonders die Ablösung der Schleimhaut mit oder ohne partielle Turbinotomie am Platze.

E. J. MOURE.

22) **Hennebert. Nasaler Reflexhusten. (Toux reflexe nasale.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 23. 1897.*

H. berichtet im Circle Méd. von Brüssel über 2 Fälle von Reflexhusten, hervorgerufen durch eine starke Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln.

BAYER.

23) **J. Lockhart Gibson** (Brisbane Queensland). **Einige allgemeine Bemerkungen über Nasenverstopfung. (Some general aspects of nasal obstruction.)** *Transactions 4. Intercolon. Medical Congress. 1896.*

G. analysirte 250 Fälle, in denen allgemeine Symptome möglicher Weise mit intranasaler Erkrankung in Zusammenhang standen. Asthma, recurrirende Bronchitis, epileptiforme Anfälle, Incontinenz des Urins, einseitiger Exophthalmus zusammen mit epileptiformen Attaken und Niesen wurden bei verschiedenen Formen nasaler Verstopfung beobachtet. Die guten Resultate, welche die intranasale Behandlung ergab, sprechen für die Thatsache, dass mindestens bei einem Theile der Fälle die Allgemeinsymptome als Reflexwirkung von der Nase aus zu deuten waren. G. ist durch seine Erfahrungen dazu geführt worden, jetzt Nasenstenosen geringeren Grades und kleinere adenoide Wucherungen zu operiren, als er dies in früheren Jahren that, weil sie möglicherweise Reflexstörungen verursachen. Dagegen greift er selbst bei ausgesprochenen Unregelmässigkeiten der Nase nicht ein, wenn gar keine Symptome vorhanden sind.

A. J. BRADY.

24) **G. J. Lund. Nasenstenose; ihre Beziehungen und Wirkungen. (Nasal stenosis. Its relations and effects.)** *Southern California Practitioner. Februar 1897.*

Verf. bespricht die Ursachen und die Folgen der nasalen Stenose und illustrirt seine Darlegungen durch 3 Krankengeschichten.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **Geo R. Lockwood. Nasenverstopfung und die Symptome von Herzkrankheit. (Nasal obstruction and the symptoms of cardiac disease.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Januar 1897.*

Verf. schliesst seine Arbeit mit folgenden Sätzen:

1. Es ist sehr wahrscheinlich, dass Herzkranke mehr, als andere Individuen nasaler Verstopfung unterworfen sind.

2. Nasenverstopfung bei einem Herzkranken vermag den compensatorischen Ausgleich der Athmung aufzuheben und ausgesprochene Symptome herbeizuführen.

3. Bei mangelnder Sorgfalt können diese Symptome leicht als Zeichen gestörter Compensation gedeutet werden, wodurch eine falsche Prognosestellung und auch eine unrichtige Therapie herbeigeführt werden kann.

4. Wird die Nasenverstopfung nicht behoben, so leidet infolge der mangelhaften Zufuhr von frischer Luft die arterielle Bluterneuerung und eine vermehrte Herzarbeit mit daraus resultirender Dilatation ist die Folge. Auch die Wirkung des mangelhaften Blutes auf die Ernährung des Endocards ist zu bedenken.

5. Die Untersuchung der Nase am Tage kann das Vorhandensein der Verstopfung nicht immer erkennen lassen, da diese häufig erst zur Nacht erscheint, wenn der Patient liegt und die Circulation weniger lebhaft ist. Auf die Congestion der hinteren Partie der unteren Muscheln müssen die charakteristischen nächtlichen Anfälle zurückgeführt werden. Die Untersuchung der Nase ergiebt jedoch gewöhnlich eine extreme Reizbarkeit der Vasomotoren an den Muscheln.

6. In Fällen von Herzkrankheit einschliesslich der Angina und Pseudoangina pectoris ist eine richtige Würdigung des Krankheitszustandes und eine rationelle Therapie gar nicht möglich, ohne dass das Freisein der obersten Athemwege durch gründliche Untersuchung festgestellt ist.

LEFFERTS.

26) **Eliza H. Root. Ein Fall von nasaler Verstopfung beim Neugeborenen. (A case of nasal obstruction in the newborn.)** *N. Y. Med. Journal. 8. Mai 1897.*

Noch bei der 3—4 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Section fand man die unteren und mittleren Muscheln, besonders die der rechten Seite, die linken etwas weniger, stark vergrössert und mit Blut überfüllt, so dass sie einander eng berührten uud die Nasenpassage vollständig verschlossen. Die oberen Muscheln erschienen normal. Palliative Maassregeln waren ohne Erfolg geblieben; ob ein chirurgischer Eingriff an einem so stark vascularisirten Gewebe bei einem so jungen Kinde hätte helfen können, bleibt dahingestellt.

LEFFERTS.

27) **Boenninghaus. Choanenverlagerung durch Schwellung der Tubenwülste.** *Monatschr. f. Ohrenh. No. 3. 1897.*

Der Fall betraf einen 34 jährigen Mann mit deviirtem Septum, bei dem unter Verstopfungsgefühl der Nase die Tubenwulste so anschwollen, dass sie sich in der Mitte beinahe berührten, Gehörstörungen fehlten.

SCHECH.

28) **Schwendt. Ein Fall von angeborenem doppelseitigen knöchernen Verschluss der Choanen. Heilung durch Galvanokaustik.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3. 1897.*

Das 15 jährige Mädchen hatte von Geburt auf niemals durch die Nase athmen können und zeigte eine ungewöhnlich hohe Wölbung des Gaumens. Die Operation wurde mit einem hakenförmigen galvanok. Brenner vom Rachen aus vorgenommen und zur Nachbehandlung eine silberne Canüle eingelegt, da die Neigung zu Recidiven sehr gross war.

SCHECH.

29) **J. T. Rugh. Angeborener hinterer Verschluss der rechten Nase, erfolgreich operirt. (Congenital occlusion of the right nares, posteriorly. Successful operation.)** *Philadelphia Polyclinic. 3. April 1897.*

Pat. ist ein 18jähriges Mädchen. Der Verschluss war membranös, derselbe wurde mit galvanokaustischen Messern durchbohrt und abgeschnitten.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

30) **Winkler** (Bremen). **Hilfsoperationen zur Beseitigung gewisser Nasenstenosen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 34. 1897.*

W. räth in jenen Fällen von Nasenstenose — meist bedingt durch Septumdeviationen, Exostosen und Cristabildungen — bei denen das Nasengerüst so enge ist, dass es einen genauen Einblick in die stenosirte Nase versagt, nicht im Dunkeln zu operiren, sondern in Chloroformnarkose die Nase zu spalten und sodann nach gründlicher Freilegung die Septumabnormität oder ein sonstiges Hinderniss radical zu beseitigen. Weiter spricht W. über die bekannten Indicationen zu Muschelresectionen. Bezüglich der Operationsnarbe im Gesicht meint Verf., dass dieser Punkt gar nicht in die Wagschale falle!

CHIARI.

31) **Lacoarret. Die untere Nasenmuschel; ihre besondere Anatomie und Pathologie; ihre Hypertrophie und gutartige Degeneration. (Du cornet inferieur, sa personnalité anatomique et pathologique, son hypertrophie et ses dégénerescences benignes.)** *Rev. hebd. de laryngol. 27. Februar 1897.*

32) **Cronzillac. Degeneration der unteren Muschel. (Dégénerescences du cornet inferieur.)** *Thèse de Toulouse. 1897.*

Die untere Muschel ist ein besonderes Gebilde; sie besteht aus einem distincten Knochen; ihre Schleimhaut unterscheidet sich von der der anderen Muscheln; dieselbe steht der des Digestionstractus in ihrem Bau nahe, besitzt wie diese traubenförmige Drüsen, Muskelfasern und geschlossene Follikel, die, an der hinteren Partie besonders zahlreich, eine Art nasaler Mandel am Muschelrande bilden.

Den gutartigen Degenerationen der Schleimhaut geht ein entzündlicher Zustand voraus, der zwei Phasen erkennen lässt, ein Congestionsstadium und danach das Stadium der thatsächlichen Hypertrophie. Die letztere hat zwei hauptsächliche Formen: die glatte und die papilläre. Beide sind rein myxomatös oder fibromyxomatös. Diese Processe unterscheiden sich wesentlich von den an den anderen Muscheln sich abspielenden.

R. A. CARTAZ.

33) **F. C. Ewing. Die Turbinotomie und das Ringmesser für die hinteren Muschelenden. (Turbinotomy and the spokeshave.)** *The Laryngoscope. März 1897.*

Verf. hebt hervor, dass das Ringmesser (spokeshave) nie die Beziehung der Muschel zum Septum in Betracht zieht — ausgenommen wenn es abgleitet. Seine Aufgabe ist, alles „glatt zu scheeren". Es gehört in die Hand der alten Barbier-Chirurgen. Der Tastsinn ist ein unzuverlässiger Führer und man kann nicht mit Bestimmtheit abmessen, bis zu welcher Tiefe man den Schnitt führt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).



34) **Anton** (Prag). **Ueber einen Fall von angeborener Atresie des äusseren Gehörganges mit missbildeter Muschel und totaler Lippen-Kiefer-Gaumenspalte.** *Prager med. Wochenschr. No. 20. 1897.*

Der Titel besagt den Inhalt der sehr interessanten Abhandlung, die sich nicht für ein kurzes Referat eignet.

CHIARI.

35) **Bergeat. Die Hohlräume der mittleren Muschel. Mit Demonstration von anatomischen Präparaten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1897.*

B. theilt die Hohlräume ein 1. in solche, welche nur der mittleren Muschel angehören, 2. in solche, welche mit dem oberen Nasengange communiciren, 3. Hohlräume, welche durch die mittlere Muschel nur ihren Abschluss nach innen hin bekommen haben und 4. Hohlräume, welche zwischen der mittleren Muschel und dem Septum in Folge von bandförmigen Verwachsungen hauptsächlich nach Entfernung von Schleimhautpolypen entstanden. Die interessanten Details müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

36) **Zuckerkandl. Zur Muschelfrage.** *Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8, 9, 10. 1897.*

Entwickelungsgeschichtliche und descriptiv-anatomische Arbeit mit besonderer Berücksichtigung der Killian'schen Ergebnisse, welche wegen der äusserst zahlreichen Details nicht referirt werden kann und an der Hand zahlreicher Abbildungen im Original gelesen werden muss.

SCHECH.

37) **Stephan. Zur Tamponade der hinteren Nase. (To plug the posterior nares.)** *N. Y. Medical News. 8. Mai 1897.*

S. dreht 3—6 feste Fäden von 12 oder mehr Zoll Länge zusammen, lässt einen derselben frei hängen und verklebt die übrigen durch Wachs zu einer festen Masse, die sich durch die Nase bis zur hinteren Rachenwand einschieben lässt. Das Ende wird im Munde mit der Zange gefasst, vor die Lippen gezogen und, nachdem die verklebten Fäden wieder gelöst sind, ein Wattebausch befestigt, der durch Zug an dem aus der Nase heraushängenden Faden und mit Hülfe des Fingers im Munde in die richtige Lage gebracht wird. Ein Stück Faden bleibt zur leichteren Extraction im Rachen hängen.

LEFFERTS.

38) **L. Lichtwitz** (Bordeaux). **Missbrauch und Gefahr der Nasendouche. (Abus et dangers de la douche nasale.)** *Semaine Medicale. 30. October 1897.*

L. erneuert die alten Vorwürfe, die man der Nasenspülung macht. Dieselbe hat nur dann einen Zweck, wenn die Nasenhöhle von übermässigen Secreten, Krusten u. dergl. gereinigt werden soll, also bei Ozaena und ähnlichen Affectionen. Sonst aber ist die Nasendouche zwecklos und auch gefährlich. Die Missstände und Gefahren, die mit ihr verknüpft sind, schildert Verf. als:

1. Störungen des Geruches und Verletzungen des Epithels durch die Berührung mit den medicamentösen Lösungen.

2. Kopfschmerzen, die sich selbst durch vorsichtige Handhabung der Douche nicht vermeiden lassen.

3. Eiterige Mittelohrentzündungen.

PAUL RAUGÉ.



39) **H. L. Armstrong. Ein dreiblättriges Nasenspeculum. (A trivalve nasal speculum.)** *N. Y. Medical Record. 26. Juni 1897.*

Die Vorzüge dieses Speculums bestehen darin, dass es mehr Licht auf das Operationsfeld fallen lässt, selbsthaltend und dabei dem Patienten durchaus nicht unbequem ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **H. W. Wandless. Neue Instrumente für die Nase. (New nasal instruments.)** *N. Y. Med. Journal. 21. August 1897.*

Ein Raspatorium und Sägen für den intranasalen Gebrauch, speciell eine Säge für Excrescenzen der Nasenscheidewand.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).

41) **W. A. Wells. Ueber die Behandlung des postnasalen Catarrhs. (On the treatment of post-nasal catarrh.)** *Journal of practical Medicine. April 1897.*

W. empfiehlt Tannigen als wirksames Mittel.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

42) **E. B. Eaton. Klinische Notizen aus der Nasen- und Ohrenheilkunde. (Clinical notes: Nasal and aural.)** *The Laryngoscope. Januar 1897.*

Verf. beschreibt eine Methode, um beim Kinde Vaselen in den Nasenrachenraum einzuführen. Das Kind liegt auf dem Rücken mit herabhängendem Kopfe. Eine Pipette, die Vaselen enthält, wird in ein Nasenloch eingeführt, das andere geschlossen. Während das Kind angehalten wird, den Mund zu schliessen und schnell und kräftig zu athmen, wird der Gummi zugedrückt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

43) **Eulenstein. Demonstration eines aus dem Nasenrachenraum entfernten Fremdkörpers.** *Verhdl. d. IV. Vers. südd. Laryng. 1897.*

Bei einem 21jährigen Manne fand sich ein 6 cm langes, über 1 cm breites Stück Eisen, das von einem Flintenlauf abgesprengt war und 12 Jahre im Nasenrachenraum gelegen hatte.

SCHECH.

44) **Rothenaicher. Mittheilungen aus der Praxis.** *Monatschr. f. Ohrenh. etc. No. 4. 1897.*

Fall von abnorm grossem Nasenrachenpolyp und ungewöhnlich grossem Nasenstein, dessen Centrum ein Kirschkern bildete.

SCHECH.

45) **L. Gaudier. Ein Fall von Fibrom des Nasenrachens bei einer alten Frau. (Un cas de fibrome naso-pharyngien chez une vieille femme.)** *Echo méd. du Nord. p. 339. 1897.*

Diese Tumoren sind bei Frauen ausserordentlich selten. G.'s Fall betrifft eine 60jährige Frau. Der Tumor, der etwa mandarinengross war, erfüllte den ganzen Nasopharynx; er blutete nach der Untersuchung und sass mit breiter Basis dem Basilarfortsatz und wahrscheinlich noch dem 1. Halswirbel auf. Die Geschwulst wurde ohne Narkose mit einem breiten Adenotom abgetragen. Keine Blutung und glatter Heilungsverlauf.

A. CARTAZ.

46) **Sargnon. Behandlung der Nasenrachenraumfibrome. (Traitement des fibromes naso-pharyngiens.)** *Gaz. des hôpitaux. 27. November 1897.*

Eine kritische Uebersicht über die hauptsächlichen Behandlungsmethoden, die Elektrolyse, Abtragung durch die natürlichen Wege, von der Nase, vom Munde aus, zeitweise und dauernde Resection.

A. CARTAZ.

47) **Boehnke** (Königsberg). **Electrolyse und juvenile Fibrome des Nasenrachenraumes.** Dissert. Königsberg. 1897.

B. tritt sehr warm ein für die elektrolytische Behandlung der Nasenrachenfibrome, die in einem binnen $1^1/_2$ Monaten zur Heilung gekommenen Falle mittels der von Kafemann angegebenen bipolaren Doppelnadel vorgenommen wurde. Da die Untersuchungen des Autors am Knochen ergeben haben, dass die Zerstörung des Knochengewebes durch Elektrolyse nur eine minimale ist, so kann eine Gefährdung des Centralnervensystems durch Anätzung der Basis cranii nicht möglich sein.

SEIFERT.

48) **Delagenière. Glanduläres Epitheliom des Nasenrachenraums. (Epithéliome glandulaire du pharynx nasal.)** *Arch. méd. d'Angers. I. p. 373.*

29jährige Frau mit den Symptomen nasaler Verstopfung. Die Entfernung von Nasenpolypen bringt nur vorübergehende Erleichterung. Bei weiterer Untersuchung findet man das Gaumensegel emporgehoben von einem hühnereigrossen harten Tumor des Rachens. Nach der Untersuchung ziemlich starke Blutung.

Nach medianer Incision des Gaumensegels wird der Tumor, der von dem Basilarfortsatz ausgeht, abgelöst. Die Kranke gelangt zu vollständiger Heilung. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergiebt die Diagnose: Drüsenepitheliom.

A. CARTAZ.

49) **Edwin J. Kuh. Primäres Carcinom des Nasenrachenraums geheilt durch Alkoholinjectionen. (Primary cancer of the nasopharynx cured by injections of alcohol.)** *N. Y. Medical Record. 17. April 1897.*

K. hat die von Hasse (Nordhausen) empfohlenen Alkoholinjectionen in einem Falle, den er für aussichtslos hielt, gemacht und einen so wunderbaren Erfolg erzielt, dass sein Skepticismus geschwunden ist und er zu weiteren Prüfungen der Methode dringend räth.

LEFFERTS.

50) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ein Fall von Carcino-Sarcom des Nasenrachenraums. (A case of carcino-sarcoma of the naso-pharynx.)** *Australian Med. Gazette. 20. August 1897.*

Der Fall betrifft eine Frau von 41 Jahren. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab deren gemischte Structur; es fanden sich die charakteristischen Bestandtheile des Epithelioms und des Sarcoms. Epitheliome des Nasenrachens sind nach H. äusserst selten.

A. J. BRADY.

51) **Doyen** (Reims). **Sofortige Exstirpation grosser Nasenrachenraumpolypen durch die natürlichen Wege. (Exstirpation extemporanée par les voies na-**

turelles des gros polypes naso-pharyngiens.) *Académie de Medecine. 20. April 1897.*

D. empfiehlt, den gesammten Stiel von den natürlichen Wegen aus zu fassen und dann die Masse der Geschwulst mit allen ihren Fortsätzen nach Bedürfniss zerstückelt herauszureissen. Zur Vermeidung der Blutung ist es am besten, sofort die Ansatzstelle abzulösen und überhaupt schnell vorzugehen. Sobald die Geschwulst heraus ist, steht die Blutung von selbst. PAUL RAUGÉ.

52) **Isch-Wall** (Paris). **Exstirpation eines grossen Nasenrachenpolypen ohne Knochen-Resection. (Exstirpation d'un gros polype naso-pharyngien sans résection osseuse.)** *Congrès franç. de Chirurgie. 20. October 1897.*

Die Geschwulst, die bei einem 15jährigen Knaben exstirpirt wurde, erfüllte den Nasenrachenraum, die Nasenhöhle, die rechte Kieferhöhle, die Fossa temporalis und die Orbita derselben Seite. Die Operation verlief folgendermaassen:

a) Der Kranke wird narkotisirt, der Kopf tiefgelagert. Die Ansatzstellen der Geschwulst am Os basilare und Proc. pterygoideus werden abgelöst.

b) Der naso-pharyngeale Theil der Geschwulst wird mit der Zange gefasst und durch den Pharynx losgerissen, während der in die rechte Nase eingeführte Zeigefinger gleichzeitig mit dem Nagel den in die Nase eingedrungenen Fortsatz ablöst.

c) In der Temporalgegend wird eine grosse Incision gemacht, der Jochbogen durchmeisselt und der hier liegende Fortsatz der Geschwulst ohne Mühe herausgezogen.

Nach jeder Phase der Operation wird die Blutung durch Druck gestillt. Der Heilungsverlauf ist ein glatter und schneller. PAUL RAUGÉ.

53) **Depage. Temporäre Resection des Oberkiefers nach der Kocher'schen Methode für Nasenrachenpolypen. (Résection temporaire du maxillaire par le procédé de Kocher pour polypes naso-pharyngiens.)** *Bulletin de la Société Royale des sciences méd. et naturelles de Bruxelles. No. 1. 1897.*

D. nahm bei einem verzweifelten Falle, bei welchem die Elektrolyse vergeblich angewandt worden war und wiederholte Blutungen das Leben im höchsten Grade gefährdeten, nach vorausgeschickter Tracheotomie die Resection des Oberkiefers nach Rocher vor und entfernte einen voluminösen Nasenrachenpolypen. Er stellt den vollständig geheilten Patienten in der Sitzung der Königl. Gesellschaft für medicin. Wissenschaften am 4. Januar 1897 vor. BAYER.

54) **Ino A. Wyeth. Die Entfernung grosser Neubildungen aus Nasenrachenraum und Kieferhöhle. Eine eigene Methode. (The removal of large neoplasms of the naso-pharynx and antrum maxillare. An original method.)** *N. Y. Med. Journal. 3. April 1897.*

Die von W. ausführlich beschriebene Methode lässt sich in kurzem Referat nicht wiedergeben. An dem Fall, den W. eingehend schildert, sind interessant 1. die Narkose, die neben einer reichlichen Morphiuminjection nur sehr wenig Chloroform erforderte; 2. der Nutzen einer sehr grossen Kochsalzinfusion, die

wegen der starken Blutung und des Collapses gemacht wurde und 3. die erhaltene Beweglichkeit des Musc. orbicular. palpebrae nach Spaltung der Aeste des 7. Nerven.

LEFFERTS.

55) **Habs** (Magdeburg). **Exstirpation eines von der Schädelbasis ausgehenden Angiomyxofibroms des Nasenrachenraums mittels temporärer Resection des harten Gaumens (Chalot).** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 47. Bd. 1. Heft. 1897.*

32jährige Patientin, die an häufigen Blutungen aus dem Nasenrachenraum litt. Ein pflaumengrosser Tumor wurde durch temporäre Resection des harten Gaumens (bei hängendem Kopfe) mit Messer, Scheere und scharfem Löffel entfernt. 4 Monate nach der Operation war Patientin noch recidivfrei, der harte Gaumen zeigte sich schön und fest eingeheilt.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

56) **Gevaert. Hasenscharten. (Becs de lièvre.)** *La Clinique. No. 7. 1897.*

3 Fälle von Hasenscharten durch Operation geheilt.

BAYER.

57) **Bayet. Schanker der Unterlippe. (Chancre de la lèvre inférieure.)** *La Clinique. No. 15. 1897. Journal Méd. de Bruxelles. No. 15. 1897.*

Vorstellung von 3 Fällen von Unterlippenschanker in der Sitzung der Kgl. Gesellschaft für medic. Wissenschaften am 5. April 1897.

BAYER.

58) **Houzé. Verzeigen eines anormalen Unterkieferknochens. (Présentation d'un os maxillaire inférieur anomal.)** *La Clinique. No. 10. 1897.*

Unterkiefer eines Chinesen mit bemerkenswerthen Anomalien.

BAYER.

59) **Villers. Fall von Erkranktsein des Unterkiefers bei einem Tabetiker. (Cas de lésions de maxillaire inférieure chez un tabétique.)** *Le Scalpel. No. 9. 1897.*

Der linke Unterkiefer ist in seiner ganzen Länge ausgehöhlt von einem Canal, der einen Sequester beherbergt; die zwei vorderen Drittel sind so atrophirt, dass bei der Autopsie ein Bruch entstanden ist; sodann führte die Atrophie des Unterkiefers das Ausfallen der Zähne herbei. Der ganze Knochen ist angefressen, „wurmstichig“ und mit kleinen Exostosen besetzt.

BAYER.

60) **Demptos. Die Osteo-Tuberculose des Oberkiefers und ihre verschiedenen Formen. (De l'osteo-tuberculose du maxillaire supérieur et de ses differentes formes.)** *Thèse de Bordeaux. 1897.*

Verf. beschreibt 3 Formen der Entwicklung der Tuberculose im Oberkiefer: die langsame oder lupöse Form, die nekrotische und die citrige, osteomyelitische Form. Der Tuberkelbacillus greift zuerst das Zahnfleisch an und geht erst secundär oder reciprok auf den Knochen über. Verf. berichtet über 3 Fälle, von denen 2 noch nicht publicirt sind.

E. J. MOURE.

61) **Frentzel. Notiz zur Lehre von den Geschmacksempfindungen.** *Centralblatt f. Physiol. X. 1. 1896.*

Die Benetzung der Zunge mit Kupfersulfatlösung verwandelt den bitterlich-scharfen Geschmack des Cigarrenrauches in einen auffallend süssen.

A. ROSENBERG.

62) **M. Eberson** (Tarnow). **Ueber colorirten Geschmack.** *Wiener med. Presse. No. 49. 1897.*

E. leidet selbst an colorirtem Geschmack durch mehrere Jahre, indem er beim Kosten einer Säure eine blaue, beim Kosten einer bitteren Substanz eine rothe oder gelbe Farbe sieht. Verf. möchte durch diese Publication zum Studium dieser Frage anregen.

CHIARI.

63) **C. Heath. Klinische Vorlesung über einen Fall von Hypertrophie des Zahnfleisches. (Clinical lecture on a case of hypertrophy of the gums.)** *British Med. Journ. 1. Mai 1897.*

In der klinischen Vorlesung im University College Hospital stellte H. einen 26jährigen Mann vor, der zuerst vor 4 Jahren eine starke Anschwellung seines Zahnfleisches wahrnahm. Es mussten Zähne gezogen und das Gewebe mit Scheere und Messer abgetragen werden. Der Pat., von dem eine Abbildung dem Artikel beigegeben ist, wurde geheilt.

ADOLPH BRONNER.

64) **P. Ritter** (Berlin). **Zahn- und Mundleiden mit Bezug auf Allgemein-Erkrankungen.** *Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. XIII, IV. (Referat.)*

U. A. bespricht Verf. auch die Therapie von Stomatitiden, wobei er neben Jodtinctur, Kal. chloric., Carbollösung, Chinosol besonders das Natrium sozojodolicum in Pulverform oder in 1—10proc. Lösung empfiehlt. Ferner giebt R. eine ausführliche Besprechung der syphilitischen und tuberculösen Erscheinungen im Munde, sowie der Krankheiten der Zunge.

CHIARI.

65) **D. Riesman. Bericht über einen Fall von Xerostomie (Mundtrockenheit). (Xerostomia [dry mouth], with the report of a case.)** *Philadelphia Polyclinic. 7. März 1897.*

38jährige Frau, die seit 2 Jahren ein trockenes „klebriges" Gefühl im Mund und Hals und einen brennenden Schmerz auf der Zunge hatte. Die Behandlung war erfolglos.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

66) **Chaumanet. Ueber die Pathologie des Mundes bei Glasbläsern. Eine Studie aus dem Gebiet der Gewerbekrankheiten. (Etude de pathologie industrielle. Pathologie de la bouche chez les souffleurs de verre.)** *Thèse de Bordeaux. 1897.*

Eine sehr sorgfältige Studie, in der Verf. die Krankheiten und Missbildungen des Mundes, die bei Glasbläsern vorkommen, zusammenstellt.

Die Backe ist im Allgemeinen deformirt durch den Druck, dem sie beim Blasen ausgesetzt ist; im Moment des Blasens ist sie beiderseits rundlich aufgetrieben.

Auf der Mundschleimhaut findet man häufig opale Flecken, die von Plaques muqueuses, von Lichen, Psoriasis etc. unschwer zu unterscheiden sind.

Risse in den Lippen und am Zahnfleisch kommen oft vor, auch zur syphilitischen Ansteckung des Mundes ist Gelegenheit gegeben. Ferner beobachtete Verf. Lufttumoren der Parotis, einseitige Atrophie der Backen, Zahnfleischentzündungen, Parotitis, Zahnneuralgien etc. Er empfiehlt die Einführung regelmässiger ärztlicher Controle in allen Glasbläsereien.

E. J. MOURE.

67) **Dubois. Angina Ludovici. (Angine de Ludwig.)** *Congr. franç. de Chirurg. 20. October 1897.*

Verf. theilt ein paar Fälle von Phlegmone des Mundbodens, sogen. Ludwig-scher Angina, mit. Die klinischen Besonderheiten, die jeden dieser Fälle von anderen unterscheiden, sind nicht sowohl von dem Sitz der Affection, als vielmehr von der grösseren oder geringeren Infectiosität des ursächlichen Mikroben abhängig.

Die operative Indication besteht in der Eröffnung des Abscesses von aussen; dieselbe findet im Verlaufe der Lingualis oder in der Mittellinie statt, oder man muss bis auf den Mylo-hyoideus gehen.

PAUL RAUGÉ.

68) **Fournier** (Paris). **Diagnostik der Hydroa buccalis. (Diagnostic de l'hydroa buccal.)** *Revue internation. de Médecine et de Chirurgie. 10. October 1897.*

Die Hydroa besteht in Blasen, die nach dem Platzen und Abtrocknen rothe Flecke zurücklassen, welche den Syphiliden ähnlich sehen und leicht zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben können.

PAUL RAUGÉ.

69) **John Mac Master** (Sydney N. S. W.). **Ein Fall von Cancrum oris. (Notes on a case of cancrum oris.)** *Australian Med. Gazette. 20. November 1897.*

5jähriges Kind mit schwerem Cancrum oris nach Typhus. Mehrfache Applicationen von reiner Carbolsäure waren ohne Erfolg. Darauf wurde an 3 Tagen nach einander rauchende Salpetersäure aufgepinselt und es erfolgte rasche Besserung und bald Heilung.

A. J. BRADY.

70) **H. Niemeyer** (Delmenhorst). **Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Leukoplakia oris.** *Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. XIII, IV. (Referat.)*

Aetiologisch kam in diesem Falle nur Verbrennung mit heissem Kaffee, sowie starkes Rauchen in Betracht. Nach Aussetzen des Rauchens, sowie Vermeidung der bekannten Schädlichkeiten heilte die Zunge in 17 Tagen. Angewandte Medicamente: Kali chloric. und Schwimmer's Papayotinlösung. (Diagnose ist wohl etwas fraglich. Ref.)

CHIARI.

71) **De Buck** und **O. Vanderlinden. Mundtuberculose. (Tuberculose buccale.)** *La Belgique Méd. No. 45. 1897. Med. Weekbl. 11. December 1897.*

Mittheilung eines Falles von Mundrachentuberculose, welche anfangs auf Syphilis behandelt worden war.

BAYER.

72) **Barth. Ein Fall von Lymphangiosarkom des Mundbodens und Bemerkungen über die sogenannten Endothelgeschwülste.** *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anatom. XIX. 1896.*

Der 67 Jahre alte Pat. streckt die Zunge etwas nach rechts heraus wegen einer von der Mittellinie aus nach hinten bis zum Zungengrunde sich erstreckenden Geschwulst, die an der linken Zungenseite an der Uebergangsstelle zum Mundboden liegt, geröthet und knorpelhart ist. Am linken Unterkieferwinkel ebenfalls eine taubeneigrosse knorpelharte Geschwulst.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass der Tumor auf Proliferation der Endothelien der Lymphspalten und Saftcanälchen des Bindegewebes zurückzuführen ist. Sein charakteristisches Gepräge im Bau erhält er eben durch diese Entwicklung im engsten Anschluss an das Gefässsystem, sodass Schläuche und Alveolen entstehen, ferner durch die feine Structur innerhalb der Alveolen und die zwischen den Parenchymzellen nachweisbare Zwischensubstanz, sowie durch ausgedehnte hyaline Degeneration des Stromas und der Parenchymzellen.

A. ROSENBERG.

73) **Braquehaye** (Bordeaux). **Hypertrophie der sublingualen Speicheldrüsen. (Hypertrophie des glandes salivaires sublinguales.)** *Société de Chir. 28. Juli 1897.*

Es handelt sich um einen umfangreichen Tumor unter der Zunge bei einem Kinde von einigen Monaten. Die Geschwulst wurde entfernt; die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um Hypertrophie der Sublingualdrüsen handelte. Die Affection ist überaus selten.

PAUL RAUGÉ.

74) **Faivre** (Poitiers). **Zwei Steine der Sublingualdrüse. (Deux calculs de la glande sublinguale.)** *Poitou médical. 1. Juli 1897.*

In Fall 1 handelt es sich um einen Stein im Ductus Whartonianus von Kaffeebohnengrösse, der spontan ausgestossen wurde.

Fall 2 betrifft einen Kranken, der von Jugend auf eine Geschwulst in der Regio suprahyoidea hatte. Ueber der Zunge entwickelte sich eine Ulceration mit graulichem Centrum, durch die ein grosser oval geformter Stein von grauschwarzer Farbe entfernt wurde. Der Stein bestand aus Calciumcarbonat und -phosphat.

PAUL RAUGÉ.

75) **Klippel** und **Lefas. Veränderungen der Speicheldrüsen beim Speichelfluss der Tabiker. (Altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques.)** *Société de Biologie. 6. Februar 1897.*

Hypersecretion des Speichels ist bei den Krankheiten des Nervensystems und besonders bei Tabes häufig. Bei einem Tabiker, der seit 15 Jahren einen starken Speichelfluss mit Störungen des Geschmacks und Geruchs gezeigt hatte, fanden die Verff. eine erhebliche Hypertrophie der Parotis und der Submaxillaris. Die Speichelzellen waren degenerirt. In den Acinis und im Bindegewebe fanden sich Entzündungsknoten. Ausserdem waren auch die Ausführungsgänge entzündlich verändert. Als Ursache der entzündlichen Phänomene sehen die Verff. die durch die nervöse Störung bedingte functionelle Reizung an.

PAUL RAUGÉ.

76) **Rénon. Nachweis von Blei in den Speicheldrüsen bei acuter experimenteller Bleivergiftung. (Recherche du plomb dans les glandes salivaires au cours de l'intoxication saturnine aigue expérimentale.)** *Société de Biologie. 2. October 1897.*

Verf. hat 10 Meerschweinchen durch Einführung von Bleipräparaten in den Magen vergiftet. Bei 2 constatirte er bei der Section Blei in den Speicheldrüsen. Dieses Ergebniss ist für das Verständniss gewisser Parotitiden beim Menschen von Interesse.

PAUL RAUGÉ.

77) **Sticker. Ein einfaches Verfahren, grössere Mengen Mundspeichel zu gewinnen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1897.*

Man kann in wenigen Minuten 10—20 ccm Speichel gewinnen, wenn man bei vorher sorgfältig gereinigtem Mund Kau- und Saugbewegungen ausführen lässt. Neuerdings benutzt St. ein hühnereigrosses feinporiges Stück Badeschwamm, welches in den Mund gesteckt und gekaut wird; ist es vollgesaugt, so wird es ausgedrückt.

SCHECH.

78) **Sarkewitsch. Ein Fall von tödtlicher Blutung bei einem zweiwöchentlichen Knaben nach der Lingulaoperation. (Slutschai smertelnawo krowotetschenija u dwuchnedelnawo mladenza posle operatii podresiwanija usdetschku jasika.)** *Wratsch. No. 39. 1897.*

Die Operation wurde in einem Krankenhause gemacht; der Tod erfolgte am nächsten Tage.

P. HELLAT.

79) **René Lacour. Die Pharyngotomia subhyoidea. (De la pharyngotomie sous-hyoidienne.)** *Thèse de Paris. 1897.*

Verf. giebt eine kritische Uebersicht der verschiedenen Operationsmethoden und bespricht im Einzelnen die Technik, Nachbehandlung etc. der Pharyngotomia subhyoidea. Er stellt die Indicationen derselben zusammen (Fremdkörper und Geschwülste des Larynx und Pharynx u. s. w.) und erklärt sie für allen anderen Eingriffen überlegen [? Red.]. Nur für die Tumoren an der Zungenbasis ist die von Vallas empfohlene Pharyngotomia transhyoidea vorzuziehen.

L. stellt 40 Fälle zusammen, darunter 1 neuen; von diesen starben 10.

A. CARTAZ

80) **R. Etiévant** (Lyon). **Die mediane Osteotomie des Zungenbeins und die Pharyngotomia transhyoidea nach Vallas. (L'ostéotomie médiane de l'os hyoide et la pharyngotomie transhyoidienne de Vallas.)** *Gazette des Hôpit. 3. Juli 1897.*

Für chirurgische Eingriffe im tieferen Rachen, an der Epiglottis oder am Kehlkopfeingang stehen zwei Wege zur Verfügung:

a) Die Operation per vias naturales, der die Laryngologen gewöhnlich den Vorzug geben.

b) Die Pharyngotomia subhyoidea, die schon von Malgaigne und Follin empfohlen wurde, deren Werth aber noch jetzt, selbst unter Chirurgen, sehr bestritten wird. Man wirft dieser Operation vor: 1. dass dabei zu wenig Licht in

das Operationsfeld gelangt und 2. dass sie die grossen Gefässe und Nerven, die in dieser Gegend liegen, gefährdet.

Zur Vermeidung dieser Uebelstände setzte Vallas, Chirurg am Hôtel Dieu von Lyon, an die Stelle der transversalen Incision eine mediane und verschaffte sich durch Spaltung des Zungenbeinkörpers einen breiteren Einblick.

Zur Zeit sind bereits 8 Kranke auf diese Weise operirt, ohne dass ein Nachtheil der Methode zu Tage getreten wäre; dieselbe ist allen anderen Arten der Pharyngotomie überlegen.

PAUL RAUGÉ.

81) **R. Etiévant. Die mediane Osteotomie des Zungenbeins und die Pharyngotomia transhyoidea nach Vallas. (L'ostéotomie médiane de l'os hyoide et la pharyngotomie transhyoidienne de Vallas.)** *Gazette des Hôpitaux. 25. September 1897.*

Verf. bespricht die Vorzüge der von Vallas empfohlenen Operation; dieselbe setzt weniger als alle anderen der Gefahr postoperativer Complicationen (Blutung, Phlegmone, Pneumonie etc.) aus. Verf. berichtet über 8 Fälle, die sämmtlich gut ausgingen. Im Allgemeinen ist die Operation anwendbar: 1. zur Extraction von Fremdkörpern aus dem tieferen Rachen, dem Kehlkopfeingang und dem oberen Oesophagus; 2. bei Tumoren der Epiglottis und des Kehlkopfeingangs; 3. bei narbigen Stenosen des unteren Pharynx (2 Fälle); 4. bei Tumoren der Zungenbasis (3 Fälle von Krebs) und der Mandel.

A. CARTAZ.

82) **F. Cock. Ein verbesserter Mundsperrer. (An improved gag.)** *Brit. Med. Journ. 17. April 1897.*

Abbildung und Beschreibung des Instrumentes, das bei Gebrüder Down (London) angefertigt ist.

ADOLPH BRONNER.

83) **P. Bruns. Ein automatischer Mundsperrer.** *Beitr. z. klin. Chirur. XIX. 1897.*

Er besteht aus zwei Branchen, welche durch eine Feder beständig geöffnet werden und an ihren vorderen Enden je eine kurze bewegliche Zahnrinne tragen. Sobald daher der Kranke die Kiefer weit von einander entfernt, öffnet sich sofort der Mundsperrer von selbst weiter, während das Schliessen desselben durch eine selbstthätige Sperrfeder verhindert wird, die erst durch Fingerdruck ausgelöst werden muss.

A. ROSENBERG.

d. Diphtheritis und Croup.

84) **C. H. Spronck. Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie und die durch den Pseudodiphtheriebacill erzeugten Schwierigkeiten. (Le diagnostic bactériologique de la diphthérie et les difficultés causées par les bacilles pseudo-diphthériques.)** *Semaine méd. 29. September 1897.*

Die Cultur allein gestattet keine sichere Diagnose, die Thierimpfung ist in allen Fällen erforderlich, ausser wenn es sich um sehr schwere Fälle handelt oder

eine Epidemie besteht. Tödten 2 ccm einer frischen Bouilloncultur bei subcutaner Injection ein Meerschweinchen von 300 g nicht, sondern erzeugen nur ein locales Oedem, so handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um einen Pseudodiphtheriebacillus. Die ganz ungiftigen Bacillen, die man gewöhnlich im Munde antrifft, haben nichts mit dem Diphtheriebacillus zu thun. A. CARTAZ.

85) **B. Sellner** (Brünn). **Ueber Diphtheriebacillen beim Scharlach.** Aus der Univ.-Klinik des Hofrathes Wiederhofer in Wien. — *Wien. klin. Wochenschr. No. 41. 1897.*

S. fand in 2 pCt. seiner Fälle einen avirulenten echten Diphtheriebacillus, in 7 pCt. den Hoffmann'schen Pseudodiphtheriebacillus. Fast in allen Fällen fanden sich Streptokokken als constanter Befund, häufig auch Staphylococcus albus und aureus. In einem Falle von lacunärer Angina fand S. ein Stäbchen, das sich in der bakteriologischen Literatur nicht beschrieben findet. Dieses Stäbchen ist ungefähr so lang als der Diphtheriebacillus, aber beträchtlich dicker, an beiden Enden abgerundet. Mit Löffler'schem Methylenblau färbt es sich nur sehr schwer, gut hingegen mit Fuchsin und Gentianaviolett. Nach Gram entfärbt es sich nicht. CHIARI.

86) **L. Simon. Diphtheritische Lähmungen. (Diphtheritic paralyses.)** *N. Y. Med. Record. 2. October 1897.*

Tct. nuc. vomic. 1—4 gtt.
Strychnin sulfur. 0,001
Aqu. destill. 1,0.

M. D. S. 2—8 Tropfen mit jeder Mahlzeit bei Kindern über 4 Jahren.

LEFFERTS.

87) **Pantlen** (Cannstatt). **Zur Behandlung der Diphtherie.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. 49. 1897.*

Von 100 mit Aqua chlori behandelten Patienten starben nur 2 und zwar unterhalb 6 Jahren. Kinder unter 6 Jahren bekamen ca. $^1/_3$ Aq. chlor. rec. par. in die Mixtur, bis zum 12. Jahre das Mittel zu gleichen Theilen (2stündlich kaffee- bis esslöffelweise). SEIFERT.

88) **Redact. Mittheilung. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 27. November 1897.*

Eine Empfehlung der bekannten Löffler'schen alkoholischen Lösung von Menthol, Toluol und Eisenchlorid. LEFFERTS.

89) **Stimpson. Behandlung des Larynxcroup.** *Wiener medic. Blätter. No. 47. 1897.*

St. empfiehlt zunächst theelöffelweise ein Emeticum in warmem Wasser, sodann soll das Kind in ein kaltes oder heisses Wasserbad gesetzt werden, letzteres dann, wenn Gefahr vorhanden ist, dass durch Erzeugung eines Spasmus glottidis die Dyspnoe vergrössert werden könnte. Gegen den Spasmus wendet er Zerstäubungen von 2 proc. Cocainlösung an und giebt nach Beseitigung der Gefahr

Tinct. Tolu.	45,0
Syr. Squill.	7,5
Tinct. opii camphor.	11,0
Glycerin.	45,0
Aqu. dest.	150,0.

Tagsüber 3stündlich $^1/_2$ Theelöffel, nachts 4stündlich. CHIARI.

90) **W. J. Long** (Bendigo Victoria). **Intubation nach der Tracheotomie bei Diphtheritis. (Intubation after tracheotomy in diphtheria.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. October 1897.*

Nachdem die Tracheotomiecanüle 24 Tage getragen war, wurde die Intubation gemacht und die Canüle entfernt. Die Intubationsröhre wurde nach zwei Stunden ausgehustet und brauchte nicht wieder eingelegt zu werden, da die Athmung jetzt frei war. A. J. BRADY.

91) **Fronz** (Wien). **Die temporäre Tubage bei der Tracheotomie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 44. 1897.*

Die Intubation soll die Rolle eines Prophylacticums spielen, wenn möglich die Tracheotomie verhindern. Intubirt wird, wenn der diphtherische Process lokalisirt, die Diphtherie eine nicht zur tiefen Nekrose neigende ist, keine Complicationen von Seiten der Lungen vorhanden sind. In allen übrigen Fällen wird tracheotomirt, also: bei fortgesetztem Croup, bei schweren, zu tiefen Nekrosen neigenden Diptherien, bei Complicationen von Seiten der Lungen. In allen diesen letzteren Fällen aber kann man auch zunächst die Intubation vornehmen, wodurch man, besonders in der Privatpraxis, die Gefahren eines durch plötzliche Asphyxie nothwendig werdenden Ueberhastens bei der Tracheotomie vermeidet. SEIFERT.

92) I. **Variot** und **Bayeux. Das Auswischen des Kehlkopfs beim membranösen Croup mittelst der modificirten O'Dwyer'schen Tube. (L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube de O'Dwyer modifié.)** *Soc. méd. de hôpitaux. 3. Juli 1896.*

93) II. Melle **Marie Schultz. Zur operativen Behandlung des Croup. Das Auswischen des Kehlkopfs und die Erweiterung der Glottis. (Du traitement operatoire du croup, écouvillonnage du larynx et dilatation de la glotte.)** *Thèse de Paris. 1897.*

I. V. und B. beobachteten, dass die Tube oft Membranen ablöste, die dann unter starkem Husten gleichzeitig mit der Tube ausgeworfen wurden, worauf nicht selten die asphyctischen Anfälle aufhörten. Dies brachte sie auf den Gedanken, die Tube bei sehr membranreichen Diphtherien überhaupt nur vorübergehend und zum Zweck der Ablösung von Membranen zu verwenden. Sie nennen dies Verfahren das Auswischen des Kehlkopfes (Ecouvillonnage du larynx) und benutzen dazu die kurze Bayeux'sche Tube. Eine vorherige Diagnose, für welche Fälle diese Methode sich eignet, ist kaum möglich. Erst bei der Intubation selbst constatirt man, indem man nach einigen Augenblicken die Tube zurückzieht, ob dies genügte, um das Auswerfen von Membranen und die Erleichterung der Erstickungs-

noth herbeizuführen. Ist dies nicht der Fall, so hat es keine Schwierigkeit, die Tube wieder einzuführen, ein zweites oder noch mehrere Mal die Auswischung vorzunehmen oder endlich die Tube mehr oder weniger lange liegen zu lassen.

Von 23 Kindern kamen 9 durch eine oder mehrere Auswischungen zur Heilung; die anderen erforderten die dauernde Intubation oder die Tracheotomie.

II. In ihrer sorgfältig gearbeiteten Dissertation bringt die Verf. eine Statistik über 170 Fälle von Diphtherie, von denen 100 nach oben genannter Methode behandelt wurden. Unter diesen 100 sind 24 Fälle, bei denen das einmalige Auswischen genügte; durch eine oder mehrere Auswischungen, jedoch ohne weitere Eingriffe, kamen 36 Fälle zur Heilung. Die Störungen, die durch diese Methode im Kehlkopf verursacht wurden, waren geringer, als die der Dauer-Intubation anhaftenden. In manchen Fällen kann man die Tube nicht momentan entfernen, sondern lässt sie mehrere Stunden liegen (intermittirende Intubation nach Bayeux). Besonders bei Kindern über 2 Jahren, bei denen der Glottisspasmus weniger fest ist, als bei jüngeren, gelingt die Auswischung.

A. CARTAZ.

94) **Teufel** (Wildbad). **Ein Beitrag zur Casuistik der Serumexantheme nach Impfung mit Behring'schem Heilserum.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. No. 48. 1897.*

Unter 63 Impfungen mit Heilserum beobachtete T. 3mal am 10. bezw. 11. Tage nach der Impfung ausgedehnte Exantheme, die rasch zurückgingen.

SEIFERT.

95) **Alex. Mac Alister. Diphtherieheilserum. (Diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Med. Journal. 25. September 1897.*

Verf. spricht über die Dosirung des Heilserums. In den gewöhnlichen Fällen von Rachendiphtherie gebe man 1000 Immunitätseinheiten, bei laryngealer Complication oder bei spätem Beginn der Behandlung 2000. Ist ein Erfolg davon nicht sichtbar, so wiederhole oder verdoppele man diese Dosis nach 12 Stunden.

LEFFERTS.

96) **Hare** und **Huxtabel** (Charters Towers Queensland). **Serumbehandlung bei Diphtherie. (Antitoxin in diphtheria.)** *Australian Med. Gazette. 20. October 1897.*

Bericht über 50 mit Serum behandelte Fälle; darunter ein Todesfall. Die Diagnose wurde nicht bakteriologisch gesichert.

A. J. BRADY.

97) **Jurkewitsch. Resultate der Anwendung des Heilserums in 105 Fällen von Diphtherie in therapeutischer (injicirt und per os) und in prophylaktischer Absicht. (Resultati primenenija protiwo difteriinoi siworotki w 105 slutschajach s letschebnoju [podkoshno i per os] i predochranitel zelju.)** *Wojenno-Med. Journal. September 1897.*

J. hebt die Vorzüge der innerlichen Darreichung für die Landpraxis hervor. Von 27 Fällen, welche er innerlich 2—5000 Einheiten gab, starben 7.

P. HELLAT.



98) **Finkelstein. Die Intubation des Larynx bei Kindern bei gleichzeitiger Anwendung von Heilserum.** *Eshenegelnik. No. 46—47.*

Nichts neues.

P. HELLAT.

99) **Hermonius. Diphtherieepidemie im Jamburg. Kreise. (Epidemija difterita w jamburgskom ujesdk.)** *Eshenedelnik. No. 49. 1897.*

Während einer kleinen Epidemie im Herbst 1897 wurden ohne Heilserum behandelt 38 Fälle mit 42,1 pCt. Sterblichkeit und mit Serum (während derselben Epidemie) 22 mit 3,3 pCt. Sterblichkeit.

P. HELLAT.

100) **G—n. Diphtheritis und das Heilserum im Simbirski'schen Gouvernement. (Difterit i antidifteritnaja siworotka w simbirsk. gubernii)** *Eshenedelnik. No. 49. 1897.*

Gn. giebt einen Auszug aus der Arbeit Worobjew's: Resultate der Behandlung mit Heilserum im Simbirs. Gouvernement im Jahre 1896.

Danach ergiebt sich die Gesammtzahl der Kranken 1914. Von diesen wurden mit Serum behandelt 1492 Fälle mit einer Sterblichkeit von 14,55 pCt. Die nicht behandelten Fälle ergaben eine Mortalität von 48,1 pCt.

Das Original nicht zugänglich.

P. HELLAT.

101) **Dsershgowski. Ueber die Arten der Bestimmung der Kraft des Antidiphtherieserums. (O sposobach opredelenija sily protiwu difteriinoi syworotki.)** *Wratsch. No. 52. 1897.*

Verf. weist auf die Wichtigkeit der genauen und einheitlichen Bestimmung der Heilkraft des Serums hin, erörtert die Mängel der bisher gebräuchlichen Methode und schlägt eine der Ehrlich'schen Methode mehr weniger analoge Methode zur Bestimmung der Stärke des Serums vor. Anstatt der Meerschweinchen, welche in Russland nicht überall gedeihen, räth D., Tauben zu Versuchsthieren zu verwenden.

P. HELLAT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

102) **S. J. Meltzer. Ueber den Glottisschluss beim Schluckact. (On the closure of the glottis during the act of deglutition.)** *British Medical Journal. 20. November 1897.*

Verf. machte seine Versuche an Kaninchen, deren Larynx er direct vom trachealen und vom pharyngealen Ende aus beobachtete. Er trennte den Larynx von allen seinen musculösen Verbindungen und spaltete den Pharynx bis tief in den Oesophagus hinein, so dass der Larynx mit dem Körper nur noch durch seine Nerven und durch die Trachea in Zusammenhang stand. Die Bewegungen, die beim Schluckact im Kehlkopf vor sich gehen, sind von den Bewegungen des Kehlkopfs als Ganzes völlig unabhängig. Die Glottis wird im Beginne des Schluckactes ganz fest geschlossen, gleichzeitig mit der Contraction der Mylohyoidei und noch vor der Contraction des Constrictor pharyngis. Die Stimmbänder schliessen

sich und die Aryknorpel werden einander dicht genähert, worauf sie sich nach unten und vorn beugen. ADOLPH BRONNER.

103) **P. Jacquin** (Reims). **Rachenhusten. (De la toux pharyngée.)** *Rev. hebd. d. laryng. No. 39. Therapeut. Wochenschr. Beilage zu No. 42. 1897.*

Die wichtigste Eigenthümlichkeit des Pharynxhustens besteht nach J. darin, dass er durch das Gefühl eines Fremdkörpers im Rachen oder Kehlkopfe hervorgerufen wird. Er ist meist trocken, anfallsweise, monoton, kurz, von hohem Klang und sehr hartnäckig. CHIARI.

104) **Koch. Nervöser Husten. (Nervous cough.)** *N. Y. Med. Record. 18. September 1897.*

Koch stellt folgende Schlusssätze auf?

1. Das Vorkommen eines wirklichen nervösen Hustens kann nicht geleugnet werden.
2. Diese Art des Hustens, die von einem nervösen Centrum ausgelöst wird, ist zu diagnosticiren, wenn alle Bauch- und Brustorgane gesund und Hysterie, Keuchhusten und beginnende Phthise auszuschliessen sind.
3. Der monotone unfreiwillige Husten, der sich bei jedem Patienten stets gleichbleibt, bildet das Hauptsymptom der Erkrankung.
4. Medicamente versagen. Der Husten hört spontan nach einer Seereise, oder einem Gebirgsaufenthalt auf. LEFFERTS.

105) **Roskam. Behandlung des Keuchhusten mit Resorcin. (Traitement de la coqueluche par la resorcine.)** *Annales de la Société Med. Chirurg. de Liège. No. 2. 1897.*

R. hat seit 1890 — 290 Kinder mit Keuchhusten mit Resorcin behandelt; meist wurde in den ersten 2 Wochen mit der Behandlung begonnen; doch sind darunter auch Kinder, die seit 3 Wochen an Keuchhustenanfällen litten und äusserst schwer befallen waren. Bei 200 war die Heilung vor Ablauf von 14 Tagen eingetreten. 70 waren vor dem 25. Tage geheilt, vom Beginne der Behandlung an gerechnet, 18 vor dem 30. Tage; 2 (Bruder und Schwester) hatten nach 18, resp. 20 Tagen heftige Hustenanfälle, die nach Application von einer 3proc. Lösung von Resorcin vollständig zum Verschwinden gebracht wurden. BAYER.

106) **Moizard. Nasale Einblasungen bei Keuchhusten. (Nasal insufflations in whooping cough.)** *N. Y. Med. Record. 6. Februar 1897.*

M. erzielte Abnahme der Anfälle an Zahl und Intensität und schnelle Heilung durch nasale Einblasung von folgendem Pulver:

Benzoin (pulv.) . . . . . 10 Theile,
Bismuth. salicyl. . . . . . 10 „
Chininum sulfur. . . . . 2 „

MDS. 5mal täglich in die Nase einzublasen. LEFFERTS.

107) **L. Fleming. Keuchhusten und seine Behandlung. (Hiccoughs and their treatment.)** *N. Y. Med. Record. 3. Juli 1897.*

14jährige Patientin, die früher einmal nach Chinin schwere Urticaria gehabt

hatte, erkrankt an Keuchhusten. Sie bekommt 0,6 g Chinin. Nach 2 Stunden erscheint das Urticaria-Exanthem und der Keuchhusten verschwindet.

F. ist der Ansicht, dass zur Behandlung von Keuchhusten nicht Nervenberuhigungs-, sondern Nervenreizmittel gegeben werden sollen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **F. Theodor** (Königsberg). **Ueber Keuchhusten.** Vortrag, gehalten in der 69. Vers. deutscher Naturforscher und Aerzte in Braunschweig. Sept. 1897. — *Wiener klin. Rundschau. No. 47. 1897.*

Verf. ist überzeugt, dass es sich bei Pertussis um eine contagiöse Erkrankung handelt und stellt die hygienischen Vorschriften auf den ersten, vielleicht einzigen Platz der Behandlung.

CHIARI.

109) **K. Urban** (Wien). **Ueber den Werth des mandelsauren Antipyrins (Tussol) in der Behandlung des Keuchhustens.** *Wiener med. Blätter. No. 40. 1897.*

U. constatirt einen günstigen Einfluss des Tussol, sowohl auf die Zahl der Anfälle, als auch auf die Heftigkeit und Dauer derselben. Er verordnet Tussol in wässeriger Lösung mit einem Syrupzusatz in der Regel für 2 Tage und giebt 4 mal so viel Centigramm, als das Kind Monate zählt, in 60 g Wasser gelöst. 4 Kinderlöffel pro die. Keinerlei nachtheilige Folgen.

CHIARI.

110) **Violi** (Constantinopel). **Behandlung des Keuchhustens mit dem Serum vaccinirter Thiere.** *Wiener med. Presse. No. 42. 1897.*

Die Anfälle liessen angeblich rasch nach, waren sogar meist 8 Stunden nach der ersten Injection (4—20 ccm) verschwunden (!?).

CHIARI.

111) **Sonnenberger** (Worms). **Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze: Der gegenwärtige Stand der Keuchhusten-Therapie von Dr. Venetianer.** *(Allgemein. Wien. med. Zeitung. No. 32—36. 1897.) Allgemein. Wiener medicin. Zeitung. No. 45. 1897.*

Verf. weist auf seine Arbeiten über die Erfolge der Antipyrinverabreichung bei Pertussis hin und stellt genanntes Mittel an die erste Stelle jeglicher Behandlung des Keuchhustens.

CHIARI.

112) **Strübing. Der Laryngospasmus (Spasmus glottidis, respiratorischer Kehlkopfkrampf), seine Genese und seine Beziehungen zu inneren Erkrankungen.** *Bresgen's Samml. zwangl. Abhandl. u. s. w. II. Heft. 9 u. 10. 1897.*

Bei starker Reizung der Kehlkopfschleimhaut tritt Laryngospasmus ein, so z. B. bei localer Behandlung derselben, durch gestielte Polypen und Fremdkörper; unter normalen Verhältnissen steht die Art und Intensität der Reflexaction in einem bestimmten Verhältniss zur Stärke des Reizes. Dieses Verhältniss ändert sich, wenn die Erregbarkeit des peripheren Vagus, oder des Vago-Accessorius-kernes erhöht ist. So hat z. B. bei Neurasthenischen und Hysterischen die Erregbarkeit des Nervensystems nicht selten eine Hyperästhesie der Schleimhaut zur Folge, so dass relativ geringe Reize die Reflexaction des Laryngospasmus hervor-

rufen können. So erklärt sich auch der Stimmritzenkrampf als Effect der Reizung des N. vagus resp. recurrens in ihrem Verlaufe, wobei vielleicht neben der Irritirung der motorischen eine solche der sensiblen Fasern eintritt, die dann reflectorisch durch den Vaguskern die Contractionen ebenfalls hervorrufen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass bei Druck auf einen Recurrens ein doppelseitiger Spasmus der Muskeln entstehen kann (Aortenaneurysma). [? F. S.] Eine vergrösserte Thymusdrüse kann wohl gelegentlich durch Druck auf die Recurrentes eine Reizung und so Laryngospasmus hervorrufen; ebenso Tumoren in der oberen Thoraxapertur; vielleicht gehören hierher auch die Initialstadien einer peripheren Neuritis am Recurrens oder Vagus. Ferner kann der Laryngospasmus auftreten bei bulbären Processen, bei mechanischer Reizung der Medulla. Eine corticale Entstehung des das Leben bedrohenden Laryngospasmus ist bisher nicht mit Sicherheit festgestellt.

Neben der Neurasthenie und Hysterie können weiter Chorea, Tetanie, Tetanus den Stimmritzenkrampf von den verschiedensten Körperstellen auslösen. Der Laryngospasmus der Kinder etwa bis zum Alter von 2 Jahren stellt wie die Tetanie eine nervöse Complication der Rhachitis dar, oder die Tetanie entsteht als idiopathische Krankheit ungefähr unter den gleichen Verhältnissen, wie die Rhachitis und mit ihr der Spasmus glottidis. Das Hauptcontingent für ihn liefert die Rhachitis, bei der auch das Nervensystem an der Ernährungsstörung Theil nimmt; alle Momente, die auf die Entstehung jener Erkrankung von Einfluss sind, äussern einen gleichen Einfluss auf das Zustandekommen des Laryngospasmus (ungenügende und unzweckmässige Ernährung, Verdauungsstörungen, Autointoxicationen vom Darmcanal). Ist die Neurose in Folge der Rhachitis oder der Tetanie einmal vorhanden, so genügen kleine Reize, um den Stimmritzenkrampf hervorzurufen, so namentlich acute Katarrhe des Larynx und der Bronchien. Als pathologischer Reflex äussert er sich bei der Dentition, Erkrankungen des Verdauungstracts, Nasenerkrankungen, besonders adenoiden Vegetationen u. a. m.

Zum Schlusse bespricht St. noch eingehend die Diagnose und die Therapie.

A. ROSENBERG.

113) **J. Herzfeld** (Berlin). **Angeborener Larynxstridor.** *Deutsche medicinische Wochenschrift. Vereinsbeil. No. 33. 1897.*

5monatiges, sonst gesundes Kind zeigt deutlichen inspiratorischen Stridor und starke episternale Einziehung. Epiglottis und aryepiglottische Falten verhalten sich normal. Ueber die Bewegungen der Stimmbänder Genaues nicht eruirbar. Vielleicht handelt es sich um eine functionelle nervöse Störung, hervorgerufen durch mangelhafte Entwickelung corticaler Centren (Löri). — Therapie (Calomel, Bromkalium) bisher erfolglos.

ZARNIKO.

114) **Glover** und **Variot. Die Behandlung des Zwerchfell-Glottis-Krampfs bei Kindern. (The treatment of phreno-glottic spasm in children.)** *N. Y. Med. Journal. 30. October 1897.*

Die Verff. geben:

Kalii bromati . . . . . 1 Theil
Syrup aether.
„ cort aurant.
Aqu. destill. . . . ana 20 Theile.
M. D. S. 3mal täglich 1 Theelöffel in den Intervallen zwischen den Anfällen.

Ferner:

Moschus . . . . 1 Theil
Kalii bromat. . . . . 20 Theile
Syrup. cort. aurant.
Aqu. destill. . . . ana 200 „
M. D. S. 3mal täglich 1 Theelöffel.

Beim Zubettegehen ein Suppositorium von 0,045 Extr. Belladonnae; oder 5 Tropfen (allmälig steigend bis 20) einer Mischung von Tct. Aconiti und Tct. Belladonnae ana Abends und Morgens.

LEFFERTS.

115) **Noguès** und **Sirol. Anfälle von exspiratorischem Kehlkopfkrampf. (Spasme expiratoire laryngé paroxystique.)** *Arch. med. de Toulouse. No. 24. 15. December 1897.*

Der Kranke hat 15—18mal am Tage eine plötzliche krampfhafte Contraction aller Exspirationsmuskeln, der jedesmal eine vage Sensation in der Gegend des Naseneingangs vorausgeht. Die Krise, die 20—30 Secunden dauert, endigt mit einer langen Exspiration. Der Kranke verliert das Bewusstsein nicht und fühlt sich auch nach dem Anfalle nicht unwohl. Der erste Anfall trat nach einer heftigen gemüthlichen Aufregung ein. Die Krankheit dauert jetzt 2 Jahre. Der Kehlkopf ist normal.

Brom hat die Häufigkeit der Anfälle nicht herabgesetzt. Die Verff. nahmen einen Zwerchfell-Glottiskrampf an und deuten das Leiden als monosymptomatische Hysterie.

E. J. MOURE.

116) **W. E. Foggie-Dundee. Ein Fall von respiratorischem Stridor beim Kinde. (A case of infantile respiratory stridor.)** *Scottish Med. and Surg. Journal. September 1897.*

Verf. beschreibt einen Fall, der dem von John Thomson (Edinburg) mitgetheilten ähnlich ist, unter dem Namen respiratorischer Spasmus beim Kinde oder congenitaler Kehlkopfstridor.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

117) **Redact. Notiz. Gegen Laryngismus stridulus. (For laryngismus stridulus.)**

Rp. Pot. citrat. 3,75
Pulv. ipecac. 11,25
Tct. Opii gtt. XVI
Syr. simpl. 11,25
Aqu. destill. 120,00.
M. D. S. 1stündlich 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

118) **Douglas. Laryngismus stridulus. (Laryngismus stridulus.)** *N. Y. Med. Record. 27. November 1897.*

Pot. cit. 7,0
Laudanum (Sydenham) gtt. 20
Pulv. Ipecac.
Syr. simpl. ana 15,0
Aqu. ad 120,0.
M.D.S. Kindern 1 Theelöffel voll 2stündlich.

LEFFERTS.

119) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Zur Entstehung des sogenannten Kehlkopfschwindels.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 7. H. 1. p. 111. 1897.*

Verf. polemisirt gegen Schadewaldt (cfr. Centralblatt XIII, p. 317), der seinen im Jahre 1884 mitgetheilten Fall von Kehlkopfschwindel als nicht typisch bezeichnete und eine neue Erklärung dieses Krankheitsbildes versuchte. Mc. Bride weist auf die Schwächen des Schadewaldt'schen Erklärungsversuches hin und vertheidigt seine frühere Hypothese, nach welcher einer Anzahl von Hustenstössen ein so dichter Verschluss der Glottis folgt, dass die Stimmbänder der innerhalb der Lungen und der Trachea comprimirten Luftsäule nicht weichen. Infolge des intrathoracischen Drucks entsteht Ohnmacht resp. Schwindel.

F. KLEMPERER.

120) **Grabower** (Berlin). **Zu Onodi's Stimmbildungscentrum.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Zur Nachprüfung der Onodi'schen Angaben stellte G. 8 Versuche an 7 Hunden an, denen er durch Spaltung der Membrana obturatoria (nach Abkneifen grosser Stücke des Occiput) und Zerstörung des Kleinhirns den 4. Ventrikel freilegte und durch die ganze Breite desselben Querschnitte von wenigstens $^1/_2$ cm Tiefe machte. Die Zerstörungen, die die ganze Breite des Ventrikels einnahmen, hatten 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 und 12 mm hinter dem hinteren Vierhügelpaare ihren Sitz, umfassten also den von Onodi als Phonationscentrum angegebenen Bezirk und gingen über denselben noch hinaus. „Keine dieser Verletzungen hatte die geringste Alteration der Stimme und der Phonationsstellung der Stimmbänder zur Folge." G. zieht daraus den Schluss, dass das von Onodi angegebene Phonationscentrum nicht existirt.

In einem 9. Versuch wurde der Querschnitt 14 mm hinter dem hinteren Vierhügelpaare geführt. Sofort hörte das Bellen auf und es wurde kein Ton mehr producirt, weder spontan noch reflectorisch; auf periphere Reize erfolgte nur ein dumpf tönender Exspirationshauch. Die Glottis klaffte in einer Weite von über 3 mm; die Stimmbänder wurden bei der Inspiration etwas abducirt und traten dann um dieselbe Strecke wieder nach innen, aber „eine adductorische Function derselben fehlte." Bei einem weiteren Schnitte, 16 mm hinter den Vierhügeln, blieb die Erscheinung dieselbe; nur war die Kraft der Abduction auffällig, durch die am Schluss der Inspiration die Stimmbänder bis ganz an die Seitenwände des Kehlkopfs verdrängt waren. Hier also liegt das Phonationscentrum, das die Strecke von 14—16 mm hinter den Vierhügeln umfasst. Es entspricht diese Stelle der

Grenze des vorderen und mittleren Drittels der Ala cinerea, wo der motorische Vaguskern zuerst deutlich in die Erscheinung tritt. F. KLEMPERER.

121) **Onodi** (Budapest). **Zur Frage des medullaren Phonationscentrums.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 7. H. 1. p. 161.*

122) **Grabower. Antwort.** *Ebenda. p. 162.*

123) **Onodi. Replik.** *Ebenda. p. 162.*

Onodi vertheidigt seine früheren Angaben, die unterdess auch von Prof. Bechterew bestätigt seien. Er bemängelt, dass Grabower nur quere Einschnitte machte, während er selbst die Medulla total durchschnitt. Er sah nach Durchschneidung in dem Gebiete von 8—12 mm hinter der Querfurche zwischen den beiden Vierhügelpaaren bereits die Erscheinungen eintreten, die G. erst nach Verletzung des Gebietes 14—16 mm hinter den Vierhügeln beobachtete. In diesem vorderen Gebiete, das er darum als Phonationsgebiet ansieht, aber ist weder von Ala cinerea noch von Vaguskern etwas vorhanden.

Grabower weist darauf hin, dass O. früher von einem Phonationscentrum, jetzt aber von einem „Phonationsgebiete“ spricht. Ob es sich aber um ein Centrum, das im Ganglienzellengebiet des 4. Ventrikels liegen müsste, oder um eine Bahn handeln soll, die von höher gelegenen Centren aus durch die Medulla zieht, seine Schnitte, die $^1/_2$ cm tief und zum Theil bedeutend tiefer gingen, hätten zur Ausschaltung resp. Zerstörung derselben sicherlich ausreichen müssen.

Onodi constatirt zum Schluss noch einmal den Gegensatz der beiderseitigen Versuchsergebnisse und stellt weitere Controlversuche in Aussicht.

F. KLEMPERER.

124) **Sanger Brown. Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonia.)** *The Clinical Journal. 11. August 1897. N. Y. Med. Record. 17. Juli 1897.*

Verf. theilt mehrere Krankengeschichten mit. Man muss zwei Typen unterscheiden. Bei dem einen bestehen neben der Aphonie andere hysterische Symptome; das Bild ist wechselnd, nicht rein. Bei der reinen Form ist die Aphonie die einzige Aeusserung der Hysterie; dieselbe kommt und geht plötzlich.

ADOLPH BRONNER.

125) **Raymond** (Paris). **Hysterische Stummheit. (Mutisme hystérique.)** *Clinique de la Salpêtrière. Bulletin méd. 15. Juli 1897.*

Ein klassischer Fall von hysterischer Stummheit. Die Kranke ist „unfähig, den geringsten Ton hervorzubringen“; dabei besteht weder Agraphie, noch Worttaubheit oder -blindheit. Der Verf. sieht dieses Leiden als eine motorische Aphasie dynamischer Art an. Dies ist nicht richtig. Die Aphatischen haben das Wort verloren, sind aber im Besitze des Tons. Die Kranke R.'s aber war vollständig aphonisch. Also lag keine Aphasie, sondern nur Aphonie vor. — Die einzige Behandlung liegt in der Suggestion. PAUL RAUGÉ.

126) **A. C. Follett. Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonia.)** *N. Y. Med. Record. 13. November 1897.*

Eine suggestive Heilung. Verf. fand den Larynx der Patientin vollkommen

normal. Er gab ihr deshalb eine lange Reihe von Vorschriften, die alle genau befolgt werden mussten. Er sagte bestimmt vorher, dass diese Cur 3 Tage erfordere, am Morgen des vierten würde die Stimme wieder da sein. LEFFERTS.

127) **Woskresenski. Drei Fälle von hysterischer Aphasie. (Tri slutschaja isteritsch. afasii.)** *Woenno-Med. Journal. November 1897.*

In der Ueberschrift ist Alles enthalten. P. HELLAT.

128) **Crouzillac. Ein Fall von reflectorischer Aphonie nasalen Ursprungs bei einer Hysterischen. (Sur un cas d'aphonie reflexe d'origine nasale chez une hystérique.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 12. December 1897.*

28jährige Frau, die wiederholt und lange an Aphonie litt. Es bestand Anämie der Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut. Die Aphonie verschwand nach Aetzung der polypoid degenerirten rechten unteren Nasenmuschel.

E. J. MOURE.

129) **Ernst Stuffer** (Berlin). **Ueber toxische Aphonie.** *Fränkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VI. H. 3. 1897.*

In der unter Prof. L. Lewin's Leitung gefertigten sorgfältigen Studie stellt der Verf. alles zusammen, was in der Literatur von toxischen Aphonien bekannt ist. Unter Aphonie versteht er dabei alle Affectionen der Stimme von leichtem Belegtsein und Heiserkeit bis zur völligen Stimmlosigkeit. Er unterscheidet drei Arten von toxischer Aphonie, die er als 1. organische, 2. mechanische und 3. adynamische bezeichnet, je nachdem (1.) eine Einwirkung des in den Kreislauf gelangten Giftes auf die nervösen und muskulären Elemente des Stimmapparates stattfindet (Parese, Lähmung oder Krampf), oder (2.) das in den Kehlkopf gelangte Gift dort örtlich eine Wirkung ausübt (Entzündung oder Verletzung etc.), oder endlich (3.) durch Allgemeinwirkung des Giftes eine solche Schwächung des Organismus hervorgerufen ist, dass neben anderen Functionen, besonders denen des Centralnervensystems, auch die des Stimmapparates ausser Thätigkeit gesetzt ist. In vielen Fällen ist eine scharfe Abgrenzung und Scheidung dieser drei Arten von Aphonie nicht möglich.

Eine im wesentlichen mechanische Aphonie liegt vor bei den Vergiftungen mit Schwefelsäure, Salpetersäure, Chlor, Brom und Jod, Aetzkali, Ammoniak u. a. Organischer Art ist die Aphonie bei Intoxication mit Phosphor, Arsen, Blei etc. Ausser diesen bespricht Verf. die Kehlkopferscheinungen bei Vergiftung mit Quecksilber, Antimon, Blausäure, Chloralhydrat, Oxalsäure, Carbolsäure, pflanzlichen Giften (Atropin, Morphin, Cocain, Curare u. a. m.), metabolischen Giften (Wurstgift, Fischgift), Thiergiften u. s. w. u. s. w. F. KLEMPERER.

130) **Schankewitsch. Ein Fall von eigenthümlicher Verbindung von Aphasie mit rechtsseitiger Hemiparese auf syphilitischer Grundlage. (Slutschai swojeobrasnawo sotschetanija afasii s prawostoronnia hemiparesom na sifilititscheskoi potschire.)** *Woenno-Med. Journal. August 1897.*

Nichts Erwähnenswerthes. P. HELLAT.



131) **Moliniè. Einseitige Kehlkopflähmung durch traumatische Läsion der Medulla spinalis. (Laryngoplégie unilatérale par lésion traumatique du spinal.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 40. 2. October 1897.*

Der Patient hatte sich bei einem Selbstmordversuch mit einem in der linken Hand gehaltenen Messer den Hals abzuschneiden versucht. Die unmittelbare Folge war eine Lähmung der linken Hälfte des Gaumensegels, des Constrictor pharyngis und des linken Stimmbandes.

E. J. MOURE.

132) **Collet. Untersuchung des Kehlkopfs in einem Falle von Glosso-labialparalyse. (Examen du larynx dans un cas de paralysie glosso-labiée.)** *Bull. et mém. de la Soc. franç. de laryngol. Paris 1897.*

59jähriger Mann, der seit 6 Monaten die Zeichen der Bulbärparalyse darbietet. Die Stimmbänder werden schlecht adducirt, besonders in ihrer Mitte. Das rechte zeigt eine deutliche Excavation. Die Abduction ist sehr mangelhaft. Also Parese des Mm. thyreo-arytaenoidei und der Postici.

E. J. MOURE.

133) **De Greifft** (Antwerpen). **Ein Fall von Paralyse der Glottiserweiterer. (Un cas de paralysie des abducteurs de la glotte.)** *Annal. et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Janvier 1897.*

Vorübergehende Lähmung des Stimmbanderweiterers bei einer 29jährigen Frau, zu deren Zustandekommen ein chronischer Pharyngotrachealcatarrh, sodann eine Erschöpfung des Gesammtnervensystems die Ursache abgegeben haben. Rasche Heilung nach 14 Tagen.

BAYER.

134) **Gevaert. Ueber die Atrophie der Glottiserweiterer bei der progressiven Muskelatrophie. (De l'atrophie des dilatateurs de la glotte dans l'atrophie musculaire progressive.)** *La Belgique Méd. No. 35. 1897.*

Mittheilung eines Falles von progressiver Muskelatrophie bei einem 52jähr. Handwerker, bei welchem zuerst Atrophie des Cricoarytaenoid. post. dext. und 4 Jahre darauf des sin. constatirt ward; auch in anderen Muskelgruppen hatte die Krankheit während dieser Zeit grosse Fortschritte gemacht.

BAYER.

135) **Michael Grossmann** (Wien). **Experimentelle Beiträge zur Lehre von der „Posticuslähmung".** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. VI, 2. p. 282. 1897.*

Die vorliegende Arbeit, die durch die Bedeutung sowohl, die der Frage der Posticuslähmung zukommt, wie durch die ungewohnt heftige Polemik, zu der sie Anlass gab, nicht geringes Aufsehen erregte, verlangt eine ausführliche Besprechung.

G.'s Arbeit gelangt zu dem überraschenden Schluss, dass die Lehre von der primären Posticuslähmung einer eingehenden Prüfung nicht Stand zu halten vermag, und das sogen. „Semon'sche Gesetz" ein von einer irrigen Voraussetzung ausgehender Trugschluss ist.

Ich will den Gedankengang und die Versuchsreihen, die G. zu diesem Schlusse führen, im folgenden objectiv wiederzugeben versuchen. Es ist dies keine leichte Aufgabe, da G.'s Arbeit selbst jeder Objectivität bar ist. Denn G. kämpft nicht

nur in sachlicher Weise gegen das Semon'sche Gesetz, sondern häufiger und heftiger wendet er sich in persönlichen Angriffen gegen den Urheber und die Anhänger desselben. Der persönliche und polemische Theil der Arbeit, der den sachlichen überall unterbricht und durchsetzt, so dass ein Auseinanderwirren beider nur mit Mühe gelingt, ist leider ebenso umfangreich, als unerquicklich. Ausführlicher auf diesen einzugehen, widerstrebt mir; einzelnes wird das Referat über die an G.'s Arbeit sich anschliessende Polemik noch zu erwähnen Gelegenheit geben.

Der sachliche Inhalt der G.'schen Arbeit, der in der Hauptsache in den Capiteln VI (Meine Versuche), IX (Erklärung des Kehlkopfbefundes unmittelbar nach der Recurrensdurchschneidung), X (Graduelle Unterschiede der unmittelbaren Folgezustände einer Recurrenslähmung. Die analogen Beobachtungen am Menschen) und XI (Erklärung des Kehlkopfbefundes im weiteren Verlaufe der Recurrenslähmung) enthalten ist, ist folgender.

Die Lehre von der primären Posticuslähmung fusst auf zwei Sätzen: 1. Bei Schädigung des Recurensstammes oder seines centralen Ursprungs tritt das Stimmband in Adductionsstellung; und 2. diese Adductionsstellung ist bedingt durch eine Lähmung des Musc. cricoarytaenoideus posticus. Ersteres ist eine Thatsache und kaum irgendwo angezweifelt. Der zweite Satz aber ist „Hypothese", „theoretisch ausgedacht", „Calculation". Ihm liegt die Annahme zu Grunde, dass bei totaler Lähmung des Recurrens, bei Lähmung des Glottis-Schliesser und Oeffner, das Stimmband in einer Mittelstellung zwischen Phonations- und Inspirationsstellung, in Cadaverstellung, stehen muss.

An dieser Grundlage der Lehre von der primären Posticuslähmung rütteln die Versuche von Wagner (1890), der nach Recurrensdurchschneidung nicht Cadaverstellung, sondern Medianstellung des Stimmbandes eintreten sah. Wagner's Versuche fanden nicht die gebührende Würdigung und G. nimmt die Prüfung der Frage wieder auf: Welches ist denn eigentlich die „legitime" Stellung der Stimmbänder nach totaler Recurrenslähmung?

G. experimentirt an Hunden und Katzen. Er prüft den Stand der Stimmbänder durch Messung der Weite der Glottis. Zur Messung erscheint ihm ein graduirter Spiegel oder ein langschenkliger Zirkel unzweckmässig. Er benutzt ein von Prof. S. Exner construirtes und ausführlich beschriebenes Instrument, das Laryngometer. Dasselbe — nach dem Helmholtz'schen Ophthalmometer gebildet — ist ein fernrohrartiges Instrument, in dem vorn ein drehbarer Kalkspath sich befindet. Der Doppelspath zeigt das eingestellte Bild — in unserem Falle die Glottis — doppelt; dreht man ihn um die Blickrichtung, so dreht sich das eine Bild um das andere. Stehen die Doppelbilder zuerst senkrecht übereinander und dreht man nun, bis die beiden Bilder nebeneinander stehen und einander berühren, so sind die beiden Bilder um ihre eigene Breite verschoben und der Grad der Drehung, den man direct an der Scala des Instrumentes in Millimetern abliest, giebt die Breite des Objectes an. Das Instrument, das nach G. mit einer Genauigkeit von 0,1—0,2 mm misst, besitzt aber nur eine Messfähigkeit bis 4,4 mm; grössere Maasse vermag es nicht anzugeben.

Mit diesem Instrument misst G. die Glottis der Thiere in den verschiedenen

Phasen des Versuches. Die Thiere sind mit Aether narkotisirt, auf den Rücken aufgebunden; das Maul ist mit einem Sperrapparat weit geöffnet, die Zunge mit einer Péan'schen Sperrzange vorgezogen. Zur Beleuchtung des direct sichtbaren Kehlkopfes wird die äussere Haut über demselben gespalten und auf die blossgelegten Muskel ein intensives elektrisches Licht gerichtet. Die Glottisweite des scharf durchleuchteten Kehlkopfes wird nun bei erhaltenen Kehlkopfnerven gemessen; die 4 Kehlkopfnerven werden vorsichtig präparirt und in Schlingen gelegt; die Glottisweite wird noch einmal als unverändert controlirt; dann werden die verschiedenen Durchschneidungen der Nerven vorgenommen und nach jeder die Glottis gemessen.

Verf. berichtet eingehender über 10 Versuche an Hunden und 10 an Katzen. Seine Resultate sind folgende:

1. Die Stimmritze wird schon nach einseitiger Durchschneidung des Nerv. recurrens laryngis erheblich eingeengt (die Glottisweite nimmt durchschnittlich um 31,1 pCt. ab).

2. Folgt der Durchschneidung des N. recurrens der einen Seite die der anderen, so wird die durch den ersten Eingriff hervorgerufene Verengerung der Stimmritze nicht allein auf das Doppelte, sondern regelmässig noch um ein Beträchtliches darüber hinaus gesteigert (die Einengung der Glottisweite beträgt im Durchschnitt 66,6 pCt.).

3. Die Glottisspalte, welche nach der beiderseitigen Durchtrennung der Nn. recurrentes in hohem Grade verengt wurde, wird durch die darauf folgende bilaterale Durchschneidung der Nn. laryngei superiores regelmässig wieder weiter. (Die Zunahme der Glottis beträgt durchschnittlich 67,5 pCt.)

4. Einige Stunden nach dem Absterben des Thieres zeigt die Glottis unverändert dieselbe Weite, wie sie nach der Durchschneidung aller 4 Nerven festgestellt wurde, oder sie ist noch um weitere 3,2—12,9 pCt. weiter geworden.

Danach ist die Angabe richtig, die ältere Autoren und später Wagner machten, dass die Stimmbänder nach Durchschneidung der Nn. recurrentes hochgradig adducirt werden. Die Voraussetzung ist also falsch, dass das Stimmband nach Lähmung aller vom N. recurrens versorgten Muskel in Cadaverstellung stehen muss. Die hochgradige, nahezu bis zum vollständigen Glottisverschluss sich steigernde Annäherung der Stimmbänder ist vielmehr die normale und constante Folge der totalen Lähmung der Nn. recurrentes.

G. kommt nun zu der Frage: Wie ist das Zustandekommen der Adductionsstellung bei Recurrenslähmung zu erklären? Er macht zwei Factoren für dieselbe verantwortlich: 1., den Einfluss des negativen intrapulmonalen Luftdrucks und 2. die Function der Mm. cricothyreoidei auf die Stimmbänder.

Die Unterbrechung der Leitung des Recurrens schafft eine Lähmung der Glottisöffner, welche sich, sobald ein tieferer Athemzug erforderlich ist, als Dyspnoe bemerkbar macht. Die erschwerte Luftzufuhr löst tiefe und energische Inspirationen aus; da die Luft durch die verengte Glottis nicht rasch genug in den stark erweiterten Thorax nachströmen kann, sinkt der intrapulmonale Druck. (G.

bestimmt den Druck im Thorax bei einem Thiere auf — 20 mm Hg, nach Durchschneidung der beiden Recurrentes auf — 80 mm Hg.) Die Saugkraft des negativen intrapulmonalen Druckes aber nähert die Stimmbänder einander. Dadurch wird die Stenose grösser, der intrapulmonale Druck sinkt bei der nächsten Inspiration noch tiefer und die Annäherung der Stimmbänder wird noch intensiver. Die permanente Adduction der Stimmbänder ist damit mindestens für die Inspirationsphase erklärt.

Der Musc. cricothyreoideus ist nach Durchschneidung des Recurrens der einzige Kehlkopfmuskel, der innervirt bleibt. Sein Tonus ist erhalten und wahrscheinlich sogar so gesteigert, dass er auch während der Inspiration vorhanden ist und zur Adduction des Stimmbandes beiträgt. Sicher aber ist — dies zeigt die directe Beobachtung —, dass während der Exspiration der Cricothyreoideus sich hochgradig contrahirt. Die Stimmbänder werden dadurch nicht allein der Länge nach gespannt, sondern es wird auch ihre Adduction noch erhöht und jedenfalls auch für die Dauer der Exspiration festgehalten.

Die graduellen Unterschiede der unmittelbaren Folgezustände einer Recurrenslähmung werden durch die absolute Grösse des ganzen Kehlkopfes und noch mehr durch den relativen Umfang der Glottis respiratoria bestimmt. Entscheidend ist auch, ob die Lähmung — und damit die Stenose — langsam oder plötzlich eintritt. Junge Thiere mit kleinem Kehlkopf können bei acut eintretender doppelseitiger Lähmung ersticken; Katzen vertragen die doppelseitige Recurrensdurchschneidung weniger gut als Hunde, weil ihre Glottis respiratoria relativ klein ist.

Führen die ersten heftigen Erscheinungen nach acut entstandener doppelseitiger Recurrenslähmung nicht zum Erstickungstode, so tritt meist sehr bald — jedenfalls nach wenigen Tagen — eine gewisse Beruhigung ein, wenn auch die Athmung nie ganz frei wird. Ob das Athemcentrum dem dyspnoischen Reiz gegenüber weniger erregbar wird, ob die Respirationsmuskeln ermüden oder ob das Thier allmälig lernt, durch längere Inspirationssteigerung oder sonstwie eine hinlängliche Luftquantität ohne zu starke Steigerung des negativen Druckes einzusaugen, jedenfalls lässt die Saugkraft der Inspirationsbewegung bald nach und die Stimmbänder schlagen nicht mehr bei jeder Einathmung so stark zusammen. Und gleichzeitig ermüdet auch der Cricothyreoideus, sein Tonus lässt nach, so dass auch das Hinderniss, das dem exspiratorischen Luftstrom im Wege stand, fortfällt oder geringer wird. Die Stimmritze wird dadurch weiter, die Stimmbänder sind weniger gespannt und adducirt. Aber nur in der Ruhe. Jede Aufregung oder Anstrengung, die das Luftbedürfniss erhöht, steigert wieder die Stenose und Dyspnoe.

Mit dem Nachlassen der Stimmbandadduction wird auch die Stimmbanddehnung, der Zug des Aryknorpels von vorne nach rückwärts auf ein Minimum reducirt. Die Aryknorpel, die anfangs weit nach rückwärts gestellt waren, sind jetzt der Epiglottis genähert; die Glottis, die in vollem Umfange zu überblicken war, ist nur noch zum Theil sichtbar.

Nun treten durch die vorschreitende fettige Degeneration und Atrophie der gelähmten Muskeln Veränderungen in der Configuration der Stimmbänder ein; ihr

freier Rand wird bogenförmig, excavirt. Der Stimmbandmuskel ist der einzige, der die Erscheinungen der Atrophie und Degeneration schon in vivo erkennen lässt. Aus dem Grade der Excavation darf auf den Grad der Entartung und die Dauer des Processes geschlossen werden. Auch alle anderen vom Recurrens innervirten Muskeln entarten, aber nicht alle in gleichem Grade. Die passiven Bewegungen der gelähmten Muskeln, die durch die Contractionen der Mm. cricothyreoidei bewirkt werden, leisten der Degeneration Widerstand. Die verschiedenen Muskel werden aber in verschiedenem Grade passiv bewegt, am wenigsten der in seiner ganzen Ausdehnung festgewachsene M. cricoarytaenoideus posticus. Die fettige Degeneration des letzteren kann daher schneller eintreten und vorschreiten, als die anderer Muskel, ohne dass daraus ein Schluss auf verschiedene Dauer der Lähmung in diesen Muskeln gezogen werden darf.

Schliesslich atrophirt auch der Musc. cricothyreoideus. Ausser dem instinctiven Nachlassen seines Tonus und der Ermüdung, die oben schon erwähnt wurden, kommt dabei noch der Ausfall der synergischen Function der anderen Kehlkopfmuskeln in Betracht. Die Arbeit eines jeden Muskels wird eine andere, wenn er für sich allein, ohne Antagonisten, also ohne Widerstand functionirt. Durch den Ausfall seiner vom Recurrens innervirten Antagonisten verfällt auch der Cricothyreoideus nach und nach der Atrophie, die als Inactivitätsatrophie zu deuten ist.

Zuletzt kommen noch ankylotische Veränderungen im Cricoarytaenoidalgelenk hinzu und es resultirt die Stimmbandstellung, die man nach lange bestehender Recurrenslähmung zu beobachten pflegt. Diese Stellung ist aber nicht mit der Cadaverstellung identisch. War nur ein Stimmband gelähmt, so ist bei der Section die Stellung desselben von der des anderen, das in vivo gesund war und jetzt doch in Cadaverstellung steht, deutlich verschieden: noch nach Monaten ist am Spirituspräparat zu erkennen, welches Stimmband gelähmt war.

Dies im Wesentlichen der Inhalt der oben genannten 4 von den 12 Capiteln der G.'schen Arbeit. Die Anschauungen G.'s theile ich nicht. Eigene Versuche, die ich, durch G.'s Arbeit angeregt, angestellt habe und über die ich bald an anderer Stelle berichten werde, haben mich überzeugt, dass G. seine Versuche falsch deutet und auf Irrwegen sich befindet. Ich habe es für meine Pflicht gehalten, den sachlichen Theil seiner Darlegungen trotzdem unverkürzt wiederzugeben. Nicht so die anderen Capitel. Das Capitel 7, in dem die Versuche von Krause, B. Fränkel und Gad und Katzenstein besprochen werden, ist vielleicht noch auszunehmen, wenn der Verf. sich auch die Widerlegung ihrer widersprechenden Versuche zu leicht macht. Aber die einleitenden geschichtlichen Capitel und vor allem die beiden Capitel 5 und 8, in denen der Verf. die von Semon zur Stütze seines Gesetzes beigebrachten Facta erörtert, sind nicht so gehalten, dass es nöthig wäre, über sie zu referiren. G. polemisirt gegen Semon in einer durchaus unerlaubten Weise. Der hässlichste Vorwurf, den er ihm macht, ist der, dass er Wagner's Arbeiten wider besseres Wissen verkleinert und später todtgeschwiegen habe. Auf andere Anschuldigungen komme ich unten zurück.

Hier nur der Schlusssatz: Wenn Semon's Lehre sich eine fast allgemeine Anerkennung verschaffen konnte, „die siegreich triumphirende Gewalt der Wahrheit ist es nicht gewesen“, der dies zu danken ist. F. KLEMPERER.

136) **Sir Felix Semon** (London). **Herr Grossmann und die Frage der Posticuslähmung.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie und Rhinologie. VI, 3. p. 492. 1897.*

Semon antwortet auf G.'s Angriffe gegen seine Lehre und seine Person bereits im nächsten Hefte des Fränkel'schen Archivs. Seine Antwort ist sehr ausgedehnt, sie übertrifft an Länge noch die Grossmann'sche Arbeit. Ich hebe auch aus ihr zuerst und ausführlich das Sachliche heraus, den Nachweis, den Semon in stringenter Weise führt, dass G.'s Ausführungen falsch sind und die Lehre von der primären Posticuslähmung in keiner Weise zu erschüttern vermögen. Dieser Theil der Arbeit umfasst das Capitel 4 (Herrn Grossmann's „Adductionsstellung der Stimmbänder“) und besonders die beiden Capitel 6 (die Experimente und Hypothesen des Herrn Grossmann) und 7 (Horsley's und meine Versuche).

Grossmann lässt nicht nur den Ausdruck „Cadaverstellung“ nicht gelten, sondern vermeidet auch die Bezeichnungen „Medianstellung“ und „Phonationsstellung“ nach Möglichkeit und spricht mit Vorliebe von der „Adductionsstellung“. Trotz der anscheinend durch die Messungen erzielten Genauigkeit der G.'schen Angaben wird dadurch ein Element der Verwirrung in die Discussion gebracht, das eine Verständigung fast unmöglich macht.

Man unterscheidet gewöhnlich 4 Stellungen:

1. die „Phonations“stellung;
2. die „Cadaver“stellung;
3. die „ruhige Respirations“stellung;
4. die „tiefe Inspirations“stellung.

Bei der 1. dieser 4 Stellungen steht das Stimmband in der Medianlinie des Kehlkopfs, bei der 4. liegt es der Seitenwand an. Eine Unklarheit oder ein Zweifel ist bei beiden ausgeschlossen. Weniger präcis sind dagegen die 2. und 3. Bezeichnung. Die ruhige Respirationsstellung ist keine constante Grösse. Sie entspricht der Glottisweite, die bei ruhiger Athmung beobachtet wird und die beim Manne im Durchschnitt 13,5 mm, bei der Frau durchschnittlich 11,5 mm beträgt. Diese Glottisweite der ruhigen Respirationsstellung ist stets grösser — durchschnittlich 2—3 mal so gross — als das von der cadaverösen Glottis gebildete Dreieck. Der Ausdruck „Cadaverstellung“ ist ebenfalls kein präciser; er bezeichnet die Stellung des Stimmbandes zwischen der Mittellinie und der bei ruhiger Respiration eingenommenen Lage. Geringe Schwankungen kommen dabei vor und bei der Kleinheit der Verhältnisse (es handelt sich um ein Dreieck von ca. 20 mm Länge) können diese schon beträchtliche Unterschiede in der Erscheinung des Bildes machen. Der Ausdruck Cadaverstellung muss auch deshalb als nicht ganz geeignet angesehen werden, weil die sogenannte Cadaverstellung mit der postmortalen Stellung der Stimmbänder in der That nicht vollständig identisch ist; bei der letzteren fällt die Wirkung des M. cricothyreoideus fort, die bei der

ersteren noch ins Spiel kommt. Die Bezeichnung ist aber einmal eingebürgert und wir besitzen auch keine bessere. Die Hauptsache ist, dass der Ausdruck „Cadaverstellung" sowohl wie der „ruhige Respirationsstellung" zur Verständigung vollständig ausreicht. Dies aber lässt sich von Grossmann's Ausdruck „Adductionsstellung" nicht sagen; bei Grossmann herrscht die grösste Unklarheit: denn „Adductionsstellung" ist bei ihm bald „Medianstellung", bald irgend eine Stellung in der Nähe der Medianlinie inclusive derjenigen Stellung, die bisher allgemein als „Cadaverstellung" bezeichnet wurde.

Es fragt sich nun: Welches war denn die Stimmbandstellung, die Grossmann bei seinen Recurrensdurchschneidungen erzielte? Und damit das mechanische Moment der Ansaugung der beiden Stimmbänder infolge der Laryngostenose und der daraus resultirenden Luftverdünnung aus dem Spiele kommt, ist noch wichtiger die Frage: Wie steht das Stimmband nach einseitiger Recurrensdurchschneidung? Bei einseitiger Lähmung entsteht keine Luftverdünnung im Thorax, das mechanische Moment der Stimmbandansaugung fällt dabei also sicherlich fort.

Die klinische Beobachtung am Menschen zeigt das gelähmte Stimmband bei einseitiger progressiver organischer Läsion der Kehlkopfnerven in Medianlinie. In dieser verbleibt es Monate, bisweilen Jahre. Später tritt es in Cadaverstellung. Während der ganzen ersten Phase findet man ausschliesslich oder doch stärker als die anderen Muskeln den Musc. posticus degenerirt und atrophisch. Dies sind Thatsachen und auf ihnen fusst die Lehre von der primären Posticuslähmung.

Welche Stellung nun sah Grossmann nach einseitiger Recurrensdurchschneidung? Semon weist nach, dass eine klare und unzweideutige Antwort auf diese wichtigste Frage nirgends in der ganzen G.'schen Arbeit gegeben ist. Aus den im vorigen Referat wiedergegebenen Sätzen (s. S. 330) aber lässt sich mit Sicherheit entnehmen, dass das Stimmband bei G. nie in Mittelstellung stand. Nach einseitiger Durchschneidung wird das betreffende Stimmband adducirt; nach Durchschneidung auch des zweiten Recurrens wird die Glottis „nicht allein um das Doppelte, sondern regelmässig noch um ein Beträchtliches darüber hinaus" verengt. Eine Steigerung der Verengerung um mehr als das Doppelte aber ist nur möglich, wenn die erste Verengerung das Stimmband nicht bis zur Mittellinie führte. Aus G.'s Worten geht aber des Weiteren klar hervor, dass auch nach der beiderseitigen Durchschneidung kein vollständiger Glottisschluss, also nicht totale beiderseitige Medianstellung eintrat. Aus G.'s Zahlen lässt sich herausrechnen, dass jedes Stimmband im Durchschnitt 0,7 mm von der Mittellinie entfernt blieb; eine Entfernung, die bei der Kleinheit der hier überhaupt in Frage kommenden Verhältnisse keineswegs zu vernachlässigen ist. Semon ist überzeugt, dass das Stimmband in G.'s Versuchen nach einseitiger Recurrensdurchschneidung thatsächlich in Cadaverstellung stand; in Medianstellung stand es jedenfalls nicht. Die Ergebnisse der G.'schen Versuche sind also von dem klinischen Vorgang der Posticuslähmung, bei der das Stimmband in Medianstellung tritt, durchaus verschieden, und der ganze weitere

Versuch G.'s, diesen klinischen Vorgang auf Grund seiner Versuche zu erklären, wird dadurch hinfällig.

Semon bespricht diesen Erklärungsversuch trotzdem im Einzelnen. Von den beiden Factoren, die nach G. dem Kehlkopfbefund nach Recurrensdurchschneidung zu Grunde liegen, dem Einfluss des negativen intrapulmonalen Luftdrucks und der Function der Mm. cricothyreoidei, erkennt er die Bedeutung des ersteren wohl an. Der Einfluss des intrapulmonalen negativen Luftdrucks gilt aber nur für den Fall einer wirklichen Laryngostenose, besonders, wenn dieselbe plötzlich erzeugt wird, nicht aber für die einseitige Lähmung, bei der eine solche Stenose überhaupt nicht zu Stande kommt. Die Ausführungen über die Function der Cricothyreoidei aber kennzeichnet Semon als „wildeste Hypothesen". Der Cricothyreoideus kann wohl bis zu einem gewissen Grade zur Verengerung der Stimmritze beitragen, indem die Spannung der Stimmbänder eine passive Bewegung der Verengerer mit auslöst; aber ein permanenter und tonischer Reizzustand des Cricothyreoideus ist nicht bekannt und steht mit experimentellen und klinischen Thatsachen in Widerspruch. Und auch die von G. behauptete Atrophie dieses Muskels ist nur in äusserst seltenen Fällen beobachtet worden, die sicherlich als Ausnahmefälle anzusehen sind. Dass in der Regel die Atrophie der Cricothyreoidei, die zur Erweiterung der Glottis beitragen soll, nicht eintritt, beweist unter Anderem schon die Dauer der Zeit, die das Stimmband in Medianstellung verharrt. In Wagner's Experimenten hielt die Medianstellung in maximo 6 Tage an; bei Grossmann lässt die maximale Adduction der Stimmbänder recht frühe nach, die Zeit schwankt zwischen einigen Stunden und einigen Tagen. In den bei Menschen beobachteten Fällen aber hielt die Medianstellung monatelang, einmal 7 Jahre, ein anderes Mal 12 Jahre an.

Zum Schluss führt Semon die Protokolle einiger älterer Versuche aus dem Jahre 1887, sowie 3 im Juni 1897 zur Nachprüfung der Grossmann'schen Arbeit — sämmtlich in Gemeinschaft mit Victor Horsley — angestellte Versuche an. Ich gebe einen der letzteren kurz wieder: Die Mittellinie des Kehlkopfs beim Hunde ist durch eine lange Nadel, die vorn durch den Schildknorpelwinkel eingestochen ist und hinten den Kehlkopf an der Wirbelsäule festnagelt, deutlich vorgezeichnet. Nach einseitiger Recurrensdurchschneidung bleibt das gelähmte Stimmband 2—3 mm von der Mittellinie entfernt, es findet bei der Inspiration keine Einwärtssaugung desselben statt. Nach Durchschneidung des anderen Recurrens heftige Dyspnoe; die Glottis ist auf etwa 2 mm Gesammtbreite verengt. Aber auch bei der Inspiration berühren die Stimmbänder einander nicht! Bei tieferer Narkose beruhigt sich die Athmung und die Glottisweite beträgt 3—4 mm. Nach Durchschneidung der Laryngei superiores excavirt sich die Glottis ein wenig; ihre Weite beträgt etwa 4 mm. Die Dyspnoe, der inspiratorische Stridor und die Einwärtssaugung der Stimmbänder halten aber an, bis die Trachea eröffnet ist.

Soviel von Semon's Antwort auf die Angriffe, die Grossmann gegen seine Lehre richtet. Ueber die anderen Capitel, in denen Semon persönlich mit G. Abrechnung hält, will ich mich kurz fassen. Ich nannte G.'s Polemik eine unerlaubte. In den üblichen Bahnen nun bewegt sich Semon's Antwort auch

nicht. Dieselbe ist von einer ausserordentlichen Heftigkeit, von einer Schärfe, die als grausam bezeichnet werden darf. Die Berechtigung zu solchem Vorgehen kann man Semon freilich nicht absprechen, da er von G. in ebenso schwerer, wie unmotivirter Weise provocirt ist. Indessen erfreulicher wird die Lecture dieses Theils der Semon'schen Arbeit durch diese Erwägung nicht. Semon schlägt auf den Gegner, der sein Lebenswerk in hässlicher Weise angreift, der ihn — wie er glaubt — auch persönlich in seiner Ehre verdächtigt, in gewaltiger Wuth los. Das ist verständlich. Aber er tödtet ihn nicht mit einem Schlag, er schlachtet ihn, wenn ich so sagen darf, langsam und stückweise, Glied für Glied, ab. Jedem Satze und jedem Worte G.'s geht er nach, jedes beleuchtet er mit seiner unerbittlichen Kritik. Die Ausführungen G.'s, erklärt er, sind „eine fortlaufende Kette von Unrichtigkeiten, welche von ihrem Verfasser mittelst persönlicher Anschuldigungen, mittelst irreführender, in ihrer Wirkung systematisch irreführender Schilderungen, mittelst logischer Trugschlüsse, mittelst Aufstellung wilder Hypothesen, mittelst Zweideutigkeit der Ausdrucksweise und mittelst falscher, aus irreleitenden Experimenten gezogener Deductionen verfochten wird." In Capitel I kennzeichnet Semon den „Ton der Grossmann'schen Arbeit", in Capitel II „die Methode von Herrn Grossmann's Darstellung" und in Capitel III „die Grossmann'sche Methode unbequemen Thatsachen gegenüber." Semon sucht an mehreren Beispielen nachzuweisen, dass Grossmann durch eine eigenthümliche Anordnung seines Stoffes die bewusste Taktik verfolgt, erst „durch fahrlässig falsche Beschreibung des Gedankenganges seiner Vorgänger" diese in eine schiefe Stellung zu bringen, bei dem Leser Vorurtheile gegen sie zu erwecken und dann ganz beiläufig und an entfernter Stelle die Beweisstücke seiner Gegner zu erwähnen und zu kritisiren; auch an ihm unbequemen Thatsachen so lange zu deuten und zu dehnen, bis sie ihm passen, oder aber sie einfach zu negiren.

In Capitel V (Herrn Grossmann's Kritik meiner Arbeiten) legt Semon sehr eingehend sein Verhalten Wagner gegenüber dar. Er zeigt, dass er in der Sache selbst Wagner's Einwürfe ausreichend gewürdigt und beantwortet hat, dass er aber aus persönlichen Gründen eine ursprünglich beabsichtigte und angekündigte weitere Antwort schliesslich unterlassen musste. Auch von dem Vorwurf der Literaturunkenntniss, den ihm G. macht, reinigt sich Semon ausführlich. Man sieht den unerquicklichen Ausführungen dieses Capitels, in dem stellenweise die Posticusfrage ganz hinter dem „persönlichen Skandal" zurücktritt, wohl an, dass es dem Verf. selbst schwer ankommt, sich mit diesen Dingen zu befassen. „Es ist eine Schmach und Schande", ruft Semon aus, „dass ich mich gegen solche Verdächtigungen überhaupt vertheidigen muss."

Aber musste er dies wirklich? Ich kann Herrn Semon den Vorwurf nicht ersparen, dass er manches in Grossmann's Arbeit schwerer genommen hat, als wohl unbedingt nöthig war. Wenigstens auf Vorwürfe, wie den der Literaturunkenntniss, des wissentlichen Verschweigens der Wagner'schen Arbeit und ähnl. m. brauchte er nicht in dieser Ausführlichkeit zu antworten. Ich glaube fast, weniger wäre mehr gewesen!

In einem Schlusswort spricht Semon den Entschluss aus, den er eingehend begründet, sich nunmehr dauernd von der Controverse über die Posticuslähmung

zurückzuziehen. Er will in dieser Frage nur dann noch das Wort ergreifen, wenn er etwas Neues beizubringen haben sollte. Hoffen wir, dass dies bald der Fall sei.

F. KLEMPERER.

137) **O. Rosenbach** (Berlin). **Ist der Satz von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern berechtigt?** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. 6. H. 3. p. 588. 1897.*

Rosenbach protestirt dagegen, dass Grossmann ebenso wie andere Laryngologen seinen Antheil an dem Rosenbach-Semon'schen Gesetze zu gering veranschlagt. Er habe nicht, wie Gr. angiebt, einen einzigen Fall von peripherer Lähmung des Recurrens angeführt und aus dieser zufälligen Beobachtung ohne Weiteres ein Gesetz abstrahirt, das dann später Semon erst in vollem Umfange erkannt, begründet und zur allgemeinen Kenntniss und Anerkennung gebracht hat. Sondern er habe die Gesetzmässigkeit des früheren Erliegens der Erweiterer auch durch literarische Beläge erhärtet und vor allem die Vorgänge im Kehlkopf nur als die Bestätigung eines von ihm auf anderen Gebieten vielfach gefundenen gesetzmässigen Zusammenhanges, kurz als eine typische Analogie zu anderen Vorgängen angesehen.

Semon's Verdienste um die Lehre von der primären Posticuslähmung lässt er voll gelten. Durch Grossmann's Arbeit sieht er das Gesetz, das er als das Rosenbach-Semon'sche bezeichnet wissen will, „nicht vernichtet, nicht einmal besonders gefährdet".

Von den weiteren Ausführungen R.'s sei noch erwähnt, was er über die Atrophie des Cricothyreoideus sagt. Er sah dieselbe in seinem Falle, kann sie aber nicht als Inactivitätsatrophie gelten lassen, da eine solche nicht in so kurzer Zeit (wie in seinem Falle oder im Experiment) eintritt, sondern glaubt auch weiterhin an eine directe Beziehung des N. laryngeus inferior zum Cricothyreoideus.

Nur zur Beleuchtung der Grossmann'schen Arbeit führe ich an, dass auch Rosenbach, der sich im übrigen ohne jede Spur persönlicher Erregung, ganz kühl und kurz äussert, „vor einem neuen Räthsel für die Logik" steht und Gr.'s „Redewendungen auf dem Gebiete der Pompes funèbres, aber nicht auf dem der Wissenschaft üblich" nennt.

F. KLEMPERER.

138) **B. Fränkel** (Berlin). **Erwiderung auf den Aufsatz des Herrn Privatdocenten Dr. Michael Grossmann: Experimentelle Beiträge zur Posticuslähmung.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VI. H. 6. p. 598. 1897.*

B. Fränkel bringt die von Gad und ihm 1889 im Centralblatt für Physiologie Bd. III. S. 49 publicirten „Versuche über die Ausfallserscheinungen der Stimmbandbewegung bei Abkühlung des Nervus recurrens" zu nochmaligem Abdruck. Die Resultate derselben sind bekannt. Bei Abkühlung eines Recurrens erlahmt zuerst die Abduction des zugehörigen Stimmbandes; wird die Abkühlung bis zum Erfrieren gesteigert, so tritt Cadaverstellung ein.

Grossmann hat diese Versuche wiederholt und ganz andere Resultate erhalten. Bei vorsichtiger Abkühlung des Nerven sah er die Adductionsbewegungen in der gleichen Weise, wie die Abduction allmälig an Energie abnehmen; bei fortschreitender Abkühlung rückt unter allmäligem Schwinden der Bewegungen der

freie Rand des Stimmbandes näher und näher an die Mittellinie heran, um schliesslich, wenn alle Athembewegungen desselben erloschen sind, in Adductionsstellung zu verharren. An dieser Stellung wird nichts geändert, wenn der Erfrierung die Durchschneidung des Nerven folgt.

Als Ursache dieser sich widersprechenden Resultate macht Grossmann geltend, dass er die Stimmbänder per vias naturales beobachtete, während Fränkel und Gad ein Fenster in die Trachea schnitten und dadurch den höchst wichtigen Factor des negativen intrapulmonalen Luftdruckes ausschalteten.

Fränkel weist diesen Erklärungsversuch von der Hand. Er hat mit Gad stets nur einen Nerven abgekühlt; die einseitige Medianstellung aber, die er erzielte, beeinflusst den intrathoracischen Druck nicht. Erst bei doppelseitiger Recurrenslähmung wird der negative Luftdruck in der Trachea in höherem Maasse gesteigert. Durch das Einschneiden des Fensters in die Trachea wird eine Fehlerquelle nicht eingeführt, sondern vielmehr beseitigt; denn gerade die Ausschaltung des Einflusses des negativen Druckes lässt die Ausfallserscheinungen, welche die Abkühlung des Nerven hervorruft, rein zur Beobachtung kommen.

Fränkel hat, trotzdem diese und andere Erwägungen von vornherein G.'s Einwände als hinfällig erscheinen liessen, seine früheren Versuche noch einmal an 3 Hunden wiederholt, und zwar diesmal ohne die Trachea zu eröffnen. An seinen Beobachtungen betheiligte sich J. Munk. Das Resultat der neuen Versuche ist eine Bestätigung der früheren Ergebnisse: „Wir (d. i. Fränkel und Munk) konnten also in keiner Weise die Aussagen des Herrn Grossmann bestätigen, mussten vielmehr unsere früheren Aussagen wiederum als richtig erkennen".

F KLEMPERER.

139) **Michael Grossmann** (Wien). **Die Lehre von der primären Posticuslähmung. Erwiderung an die Herren Prof. Sir Felix Semon, Prof. O. Rosenbach und Geh. Med.-Rath Prof. B. Fränkel.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. 7. H. 2 u. 3. p. 364. 1898.*

140) **B. Fränkel** (Berlin). **Beantwortung der vorstehend von Herrn Grossmann an mich gerichteten Frage.**

141) **Redact. Erklärung.** *Ebenda. p. 402 u. 403.*

Aus der Erwiderung Grossmann's an Semon ist wenig zu erwähnen. Das Sachliche tritt vollständig hinter der persönlichen Polemik zurück. G. hält die Behauptungen seiner ersten Arbeit aufrecht, ohne weitere Beweise beizubringen. Die Stimmbänder standen in seinen Versuchen 0,5—0,35 mm von der der Mittellinie entfernt; diese von ihm als Adductionsstellung bezeichnete Position würde klinisch kaum anders als Medianstellung benannt werden. Bestände wirklich Medianstellung, so müsste es bei bilateraler Posticuslähmung sofort zur Erstickung kommen, was doch thatsächlich nicht der Fall ist.

Auf eine ganze Anzahl der wichtigsten Anschuldigungen und Behauptungen, die in seiner ersten Arbeit erhoben wurden und deren Haltlosigkeit in Semon's Antwort klar nachgewiesen ist, kommt Grossmann theils gar nicht mehr, theils nur kurz und ohne bestimmte Stellungnahme zurück. Ich erwähne die Deutung

der Russell'schen Experimente. G. hatte behauptet, dass das Abductorenbündel des Recurrens in R.'s Versuchen einfach früher ausgetrocknet sei, weil es in seinem Querschnitt dünner wäre. Semon stellte dem entgegen, dass der abducirende Theil des Nerven an sich nur wenig dünner ist, als der adducirende, dass er ausserdem von Russell in vielen seiner Experimente im Zusammenhang mit dem 3. Bündel des Nerven gelassen wurde, so dass thatsächlich das abducirende Bündel einen dickeren Querschnitt hatte, als das adducirende. Ich erwähne weiter G.'s Behauptung, dass das erste Stadium der Posticuslähmung noch von niemandem gesehen sei, der Semon mit dem literarischen Nachweis von zweiundzwanzig solcher Fälle begegnet ist; dann die von G. für unmöglich erklärte, von Semon als thatsächlich vorhanden erwiesene Abwesenheit stimmlicher Symptome bei reinen Fällen einseitiger Posticuslähmung u. s. w. u. s. w. Die Beispiele liessen sich leicht mehren. In allen diesen und zahlreichen anderen Fragen steht G. nirgends in seiner Erwiderung mit klaren und eindeutigen Worten Antwort und Rede.

Ganz besonders macht G. gegen die Lehre von der primären Posticuslähmung wieder die in ihr supponirte secundäre Contractur der Adductoren geltend, mit der die unbedeutende oder vollständig fehlende Störung der Stimme kaum vereinbar sei und für die vor allem doch der anatomische Beweis erbracht werden müsse. Denn eine jahrelang bestehende Contractur müsse nachweisbare Veränderungen in den betroffenen Muskeln herbeiführen, behauptet G. Auf die directe Aufforderung Semon's aber, doch anzugeben, welches die histologischen Veränderungen sind, die man angeblich regelmässig in den contracturirten Muskeln finden solle, hat Grossmann keine Antwort!

Verstärkt G. in sachlicher Beziehung seine Position durch seine Erwiderung nicht, so verschlechtert er sie erheblich in persönlicher. Es ist, als wollte er Semon nachträglich rechtfertigen. Ich gestehe, dass ich nicht ganz mit Semon einverstanden war, wenn er annahm, Grossmann habe Zweifel an seiner persönlichen Ehrlichkeit aussprechen wollen. Diesmal aber sagt es Grossmann nackt und klar, „dass man nicht alles für baare Münze nehmen darf, was Herr Semon verkündet". Und Injurien wie diese finden sich auf jeder Seite. Hetzblätter könnten etwas lernen! Semon's bestimmte Erklärung, nicht mehr das Wort zu ergreifen, die mir zuerst befremdlich war, erscheint mir nach dieser Leistung G.'s höchst weise. —

Die kurze Antwort G.'s an Rosenbach enthält nichts als Spott und Hohn; an Fränkel, dem er ebenfalls sachlich nichts erwidert, richtet Grossmann die Frage, wie sich denn die Medianstellung des Stimmbandes bei der Abkühlung des Recurrens herausbilden solle, da doch eine Contractur der Adductoren nicht möglich sei und ein Krampf derselben von Fränkel selbst ausgeschlossen werde.

Fränkel erwidert: Wenn nach Ausfall der Wirkung des Posticus ein phonatorischer oder exspiratorischer Glottisschluss eintritt, so bleibt die betroffene Stimmlippe der Mittellinie angenähert stehen, weil keine Kraft mehr vorhanden ist, welche sie aus dieser Stelle heraus nach aussen bewegen könnte.

Aus der redactionellen Erklärung, in der Fränkel mittheilt, dass die

Controverse zwischen den Erstbetheiligteu nun abgeschlossen sei, verdient der Schlusssatz Verbreitung: „Den streitbaren Forschern der Zukunft werden aber gewiss Alle für ihre Mühe und Arbeit und die erzielten Fortschritte um so dankbarer sein, wenn sie durch eine mildere Tonart der Discussion dafür sorgen, dass bei dem Aufbau unserer Wissenschaft weniger Spähne fallen“. F. KLEMPERER.

142) **Grabower** (Berlin). **Zur Medianstellung des Stimmbandes.** *Fränkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. 7. H. 1. p. 128.*

Verf. hat eine Nachprüfung der Grossmann'schen Versuchsergebnisse vorgenommen. Er theilt die Protokolle von 5 Versuchen mit, in denen bei Hunden die Recurrentes und zum Theil auch die oberen Kehlkopfnerven durchschnitten und die Thiere danach längere Zeit beobachtet wurden. Das Resultat ist folgendes. Einige Minuten bis $^1/_2$ Stunde nach der Durchschneidung des Recurrentes beginnt eine Adductionsstellung der Stimmbänder einzutreten. Diese erreicht innerhalb der nächsten 10 bis 24 Stunden ihren Höhepunkt, d. h. das Stimmband rückt in dieser Zeit in die Nähe der Mittellinie. Gleichzeitig tritt auch eine deutliche Spannung der Stimmbänder ein, welche am stärksten ist, wenn die Stimmbänder der Medianlinie am meisten angenähert sind. Lässt man der Durchschneidung der Recurrentes die der Nn. laryng. superior. folgen, so lässt die Spannung der Stimmbänder nach und zwar in um so höherem Grade, je schneller der zweite Eingriff dem ersten folgt.

1—2 Tage nach der Recurrensdurchschneidung beginnen die Stimmbänder von der Mittellinie wieder nach aussen zu treten und frühestens am 1., spätestens am 4. Tage nach der Durchschneidung hat die Glottis eine Weite von reichlich 3 mm erreicht, die etwa der Cadaverweite entspricht. In dieser Weite verharrt die Glottis jetzt wochenlang. Bei Erregung des Thieres und bei Phonationsanstrengung tritt freilich immer wieder eine Verengerung der Glottis ein (und zwar auch nach Durchschneidung der Laryngei superiores); in der Ruhe aber stellt sich sofort die genannte Glottisweite wieder her.

Verf. erkennt danach von Grossmann's Sätzen als richtig an, dass nach Recurrensdurchschneidung die Stimmbänder bis nahe der Mittellinie adducirt werden. Er führt ähnlich wie Grossmann diese Adduction auf die Thätigkeit des M. cricothyreoideus zurück und schreibt auch dem sinkenden intrapulmonalen Druck eine Rolle zu. Aber nach 48 Stunden wird die Glottis wieder weiter und diese weitere Glottis bleibt dauernd bestehen. Also ist „keineswegs die Behauptung berechtigt, dass die Folge der Recurrensdurchschneidung eine dauernde Adductions- oder Medianstellung sei“. Die Erweiterung der Glottis erklärt Verf. aus der raschen Abnahme des Tonus des Cricothyreoideus. Die Adduction, die auch im späteren Stadium kei starker Unruhe und Phonationsanstrengung des Thieres eintritt, beruht nur zum Theil auf der Thätigkeit der Cricothyreoidei. Denn dieselbe kommt auch nach Durchschneidung aller 4 Nerven zu Stande. Zu dieser Adduction wirken auch die äusseren Kehlkopfmuskeln mit; sie ist eine Reflexbewegung, bei welcher alle Hilfsmuskeln in Thätigkeit treten.

Für die Stellung, die die Stimmbänder einige Tage nach der Recurrens-

durchschneidung einnehmen (nachdem also das Stadium der Adduction vorübergegangen ist), ist nach Verf. der Ausdruck Cadaverstellung nicht ganz entsprechend. Denn die auf 3 mm erweiterte Glottis wird nach Durchschneidung der Nn. laryng. super. noch um ein Geringes weiter und dann erst liegt thatsächlich eine Cadaverstellung vor. Die erstere Position bezeichnet Verf. als „annähernde Cadaverstellung“.

Verf. berichtet dann kurz über einen Fall von Recurrenslähmung beim Menschen, in dem die Cadaverstellung des betreffenden Stimmbandes festgestellt wurde, während nur der N. laryngeus inferior atrophirt war, der Laryngeus superior aber mit höchster Wahrscheinlichkeit als völlig intact angesehen werden konnte.

In einer zweiten Versuchsreihe sucht Verf. durch Ausschaltung eines, resp. beider Musc. cricoarytaenoidei postici die Ursachen für das Zustandekommen der nach Recurrensdurchschneidung vorübergehend vorhandenen annähernden Medianstellung aufzufinden. Bei 5 Hunden durchschneidet Grabower den Posticus selbst und die in ihn mündenden Nervenzweigchen. Das Ergebniss seiner Beobachtungen fasst er in folgenden 2 Sätzen zusammen:

1. Nach Durchschneidung des Musc. posticus steht das betreffende Stimmband bis zu 3 mm von der Mittellinie ab, in sogenannter Cadaverstellung, oder, wie man es präciser bezeichnen könnte, es steht an der Schwelle der Abduction. Ueber diese Schwelle hinaus kann es nicht, wohl aber kann es von da bis zur Mittellinie adducirt werden.

Die Bewegungsform bei dieser Adduction ist eine horizontal von aussen nach innen sich vollziehende und nimmt erst ganz nahe bei der Mittellinie die Form der Streckung und Verlängerung des Stimmbandes an.

2. Tritt zur einseitigen Durchschneidung des Musc. posticus auch noch die der anderen Seite hinzu, dann stellt sich nach ganz kurzer Zeit bis wenige Stunden danach eine Medianstellung beider Stimmbänder ein. Diese Medianstellung wird nicht, oder nur ganz unwesentlich beeinflusst durch darauffolgende Ausschaltung beider Mm. cricothyreoidei, wird hingegen aufgehoben nach Durchschneidung der Recurrentes, d. h. nach Ausschaltung der Adductoren.

Die Medianstellung nach Ausschaltung beider Postici ist eine so ausgesprochene, dass 2 von G.'s Hunden erstickten; ein deutlicherer Beweis einer Medianstellung nach Posticuslähmung kann wohl kaum beigebracht werden.

Das Hauptinteresse der Grabower'schen Arbeit liegt in der Schlussbetrachtung. Das Auftreten einer Adductionsstellung und selbst einer wirklichen Medianstellung nach Recurrensdurchschneidung schliesst — wie die vorbeschriebenen Versuche lehren — die Möglichkeit einer Medianstellung bei Posticuslähmung nicht aus. Vielmehr besteht eine solche thatsächlich und somit ist das Rosenbach-Semon'sche Gesetz durchaus möglich. Dafür, dass dieses Gesetz auch richtig ist, sprechen die bekannten klinischen Beweise, vor allem die mehrfach constatirte Thatsache, dass nach Medianstellung des Stimmbandes der M. posticus atrophisch war, während die Adductoren und der Cricothyreoideus normale Beschaffenheit zeigten. Die grössere Vulnerabilität des M. posticus ist aber doch noch Hypothese, es fehlt ihr eine anatomische Unterlage. Grabower

ist einer solchen auf der Spur. Er hat die Nervenendigungen in den verschiedenen Kehlkopfmuskeln bei Menschen und Thieren studirt und macht die vorläufige Mittheilung, dass durchweg die Endapparate im Lateralis und Internus viel complicirter sich darstellen, als im Posticus. Grabower belegt diese Behauptung durch die Wiedergabe dreier mikroskopischer Präparate. Im Posticus liegen einfach knopfförmige Nervenendigungen von rundlicher, meist ovaler Gestalt den Muskelfibrillen auf; bei den Adductoren dagegen trifft man deutlich hervortretende Plattensohlen, in welche der Achsencylinder einmündet, und um letzteren herum noch verschieden geformte Endorgane. Man darf auf die Fortsetzung dieser wichtigen Untersuchungen, die die Posticusfrage thatsächlich zu fördern geeignet sind, gespannt sein.

F. KLEMPERER.

143) **E. P. Friedrich** (Leipzig). **Muskelatrophie bei Lähmungen der Kehlkopfmuskeln.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. VII. H. 2 u. 3. p. 404. 1898.*

Friedrich's Arbeit, die ebenfalls durch Grossmann's Angriffe gegen die herrschende Lehre von der primären Posticuslähmung veranlasst ist, spricht in ihren Resultaten viel deutlicher und unzweideutiger zu Gunsten dieser Lehre, als die vorstehende Grabower'sche Arbeit.

Friedrich stellt zuerst in sorgfältiger Weise die zur Zeit geltenden Anschauungen über die Muskelerkrankungen bei Lähmungen zusammen; es finden sich drei Arten von Veränderungen angegeben, die als Atrophie, granulärer Detritus und fettige Degeneration bezeichnet werden. Er beschreibt dann die Veränderungen, die er selbst an den Kehlkopfmuskeln zweier Fälle von Recurrenslähmung durch Aortenaneurysma constatirt hat; in seinem ersten Fall hatte die Lähmung viel länger bestanden als in Fall 2. Alle Muskeln waren degenerirt, aber in verschiedenem Grade. Die einzelnen Stadien der fortschreitenden Muskelatrophie stellen sich so dar, dass erst eine Atrophie der Fasern, wechselnd mit Quellung sich zeigt, dann eine Bindegewebswucherung beginnt, die sich in Form von Zügen zwischen die Muskelbündel einschiebt und diese auseinander drängt, während gleichzeitig eine leichte Vermehrung der Gefässe stattfindet. Allmälig überwiegt das Bindegewebe mehr und mehr, nur verstreut und stückweise erscheinen noch die atrophischen Muskelfibrillen. Ferner finden sich Zonen welligen Bindegewebes mit Verlust der Kerne und in diesen Bindegewebsneubildungen treten Fettzellen auf. Es ist dies das Stadium der beginnenden fettigen Umwandlung. Die Fettzellen mehren sich; sie sind ebenfalls der Länge nach im Muskel angeordnet. Zuletzt liegen zwischen Resten von Muskelsubstanz ganze Haufen von Fettzellen.

In beiden Fällen F.'s nun zeigten der Musc. cricothyreoideus und der M. interarytaenoideus nicht die geringste nachweisbare Veränderung.

M. cricoarytaenoideus lateralis, M. thyreoarytaenoideus und M. vocalis zeigten beide Male in ziemlich übereinstimmender Weise mittlere Grade von Degeneration; dieselbe ist im M. vocalis weiter

vorgeschritten als in den beiden anderen Muskeln, aber auch in diesem noch nicht bis zur fettigen Degeneration gediehen. Am stärksten atrophirt ist der Musculus cricothyreoideus posticus; der des Falles II findet sich im Stadium der beginnenden fettigen Degeneration, der des Falles I zeigt das Bild der vollendetsten Auflösung des Muskels.

Die Untersuchung ergiebt also „eine deutlich in die Augen springende Uebereinstimmung der Stärke der Muskeldegeneration mit der Reihenfolge, in der nach Semon die Muskeln bei allmälig fortschreitender Recurrenslähmung betroffen werden, in der Weise, dass die am frühesten gelähmten Muskeln stärkere Degenerationsgrade aufweisen als die später ergriffenen.“

Besonders hingewiesen sei noch auf den negativen Befund in den Cricothyreoidei, der mit der Grossmann'schen Annahme einer Inactivitätsatrophie dieses Muskels in schroffem Widerspruch steht.

Es bleibt der Einwand möglich, den auch Grossmann machte, dass „sich aus dem graduellen Unterschiede in der Degeneration kein Schluss auf die Lähmungsdauer ziehen lasse“. Die Begründung Grossmann's macht sich Friedrich nicht zu eigen; wohl aber weist er auf die vielfach erwiesene grössere Läsibilität der Glottisöffner hin, die an die Möglichkeit denken lässt, dass auch in trophischer Hinsicht Unterschiede zwischen den Oeffnern und Schliessern bestehen und dass darum vielleicht bei gleicher Lähmungsdauer die Atrophie im Posticus so viel weiter vorgeschritten ist.

Verf. hat an 9 Kaninchen Resectionen der Kehlkopfnerven ausgeführt, die Thiere 12—93 Tage am Leben erhalten und dann die Muskeln der Kehlköpfe untersucht. Aus den von F. näher beschriebenen Resultaten geht hervor, dass die Atrophie der Muskeln um so stärker war, je länger die Lähmung gedauert hatte, dass es aber im einzelnen Falle „nicht möglich war, an dem Oeffner, den Schliessern oder Spannern eine Differenz in der Stärke der Atrophie, sowie der Bindegewebs- und Fettbildung zu constatiren“. Vor Allem wurde „der M. cricoarytaenoideus posticus niemals stärker degenerirt betroffen, als die übrigen Kehlkopfmuskeln“.

F. KLEMPERER.

144) **C. Gerhardt. Ueber Peroneuslähmung.** *Charité-Annalen. XXII. 1897.*

Diese Arbeit hat für die Leser des Centralblattes insofern Interesse, als die klinische Erfahrung des Verf.'s eine principielle Bedeutung für die Frage der Posticuslähmung hat. G. bringt nämlich als Analogie zum Semon'schen Gesetze des früheren Ausfalles des Posticus bei fortschreitender Schädigung des Recurrens zwei Fälle von Peroneuslähmung, die die Erwartung bestätigen, „dass ähnliche Unterschiede in der functionellen und nutritiven Widerstandsfähigkeit verschiedener in einem gemeinsamen Stamme eingeschlossener Nervenfasergruppen auch an anderen Stellen des Körpers nachweisbar sind“. Beide Male ist die Schädigung der motorischen Fasern und der von ihnen versorgten Muskeln eine frühere. G. jun. hatte schon für den N. ischiad. nachgewiesen (Arch. f. Psych. XXVII. 3. XX), dass die zum N. peron. führenden Fasern geringere Widerstands-

kraft gegen gewisse äussere Schädigungen besitzen als die übrigen. Die Muskeln der Streckseite des Unterschenkels verlieren nach dem Tode des Thieres früher ihre Erregbarkeit als die übrigen und zwar regelmässig zuerst Peron. long., dann Tib. ant. und ext. digit. u. s. w.

A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

145) **Gley. Die Betheiligung der Nebenschilddrüsen an der Function der Thyroidea. (Du rôle des glandules parathyroides dans la fonction thyroidienne.)** *Société de biologie. 31. Juli 1897.*

Die jodhaltige Substanz (Thyreoidin), die Baumann aus der Schilddrüse dargestellt hat, ist in weit grösserer Menge in den Nebenschilddrüsen enthalten; ein Beweis mehr für die functionelle Bedeutung dieser Nebendrüsen.

PAUL RAUGÉ.

146) **Szántó Manó. Phlegmasia alba dolens, complicirt mit Thyreoiditis acuta.** *Gyógyászat. 22. H. 1897.*

St. beobachtete bei einer 25jährigen Arbeiterin folgendes Krankheitsbild. Bei der Frau wurde wegen Placenta praevia die Wendung auf den Fuss und Extraction ausgeführt. Drei Wochen später schwoll die linke untere Extremität in ganzer Ausdehnung beträchtlich an und zeigte die typischen Symptome der Phlegmasia alba dolens. Das Fieber, welches beständig hoch war, ging nach zwei Wochen zurück und es trat eine Besserung ein. Jedoch wurde diese durch einen erneuten Fieberanfall plötzlich gestört. Pat. klagte über heftige Schmerzen am Halse und Athembeschwerden. Temperatur 39,8° C. Sz. konnte eine acute Entzündung der Schilddrüse in ganzer Ausdehnung constatiren. Auch diese Entzündungserscheinungen gingen zurück und Pat. erholte sich langsam. Nach 2 Monaten ist die Frau wieder arbeitsfähig. Die Entzündung der Schilddrüse wurde bisher bei Puerperalinfectionen nicht sehr oft beobachtet. Interessant ist ferner, dass der äusserst schwere Krankheitsfall schliesslich doch in Heilung überging.

v. NAVRATIL.

147) **Franckel** (Prag). **Ueber einen Fall von primärem Melanosarkom der Schilddrüse.** *Prager med. Wochenschr. No. 27. 1897.*

Dass in diesem Fall von universeller Melanosarkomatose thatsächlich der Schilddrüsentumor der primäre war, bestätigte u. A. auch die mikroskopische Untersuchung, indem sich in genanntem Tumor, und auch hier allein, bereits schwielige Verschrumpfung fand, und die Tumoren in allen übrigen Organen ganz augenfällig den Charakter einer secundären Geschwulst trugen.

CHIARI.

148) **Kolb** (Darmstadt). **Eine Strumaexstirpation in Hypnose.** *Centralblatt für Chirurgie. No. 25. 1897.*

Eine 38jährige Frau war schon früher öfter hypnotisirt worden wegen Unter-

leibsstörungen; in lange dauernder Hypnose konnten mehrere, darunter auch ein substernaler, Kropfknoten entfernt werden.

SEIFERT.

149) **X. Thymusbehandlung bei Kropf.** *Therapeut. Wochenschrift. No. 24. 1897.*

Glandul. Thymi sicc. pulv. (2,5—5 g pro die) empfohlen bei Strumen in Fällen, wo Schilddrüsepräparate versagen und bei Morbus Basedowii.

CHIARI.

150) **v. Vamossy** und **Vas. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Jodothyrins.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1897.*

Die genannten Autoren kommen zu dem Schlusse, dass Jodothyrin als solches directe acute Wirkungen weder auf das Nervensystem, noch auf das Herz, das Blut- oder das Gefässsystem ausübt, und dass es seine specifische Wirkung überhaupt nur durch Veränderung des Stoffwechsels zu entwickeln im Stande ist.

SCHECH.

151) **Ferrari. Die Herzaction bei Basedow'scher Krankheit. (The heart's action in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 11. September 1897.*

F. hat in einer Reihe von Fällen von Morbus Basedowii Herzcurven aufgenommen. Er findet nicht nur den Rhythmus der Herzaction verändert, sondern erkennt in der Curve die von Stefani nachgewiesenen Zeichen von Vagusreizung. In einem seiner Fälle macht sich nach der partiellen Thyroidectomie eine Veränderung zum Besseren geltend.

LEFFERTS.

152) **Doyen. Die Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit. (L'ablation du corps thyroide dans le cas de goitre exophthalmique.)** *Académie de medecine. 27. Juli 1897. N. Y. Med. Journal. 11. September 1897.*

D. hat die Operation bei zwei Fällen ausgeführt und in beiden Heilung erzielt. Die Thyroidectomie als Operation darf einen nicht schrecken. Einfach ausgeführt und schnell, ohne vorherige Unterbindung, nicht leichtsinnig, aber ohne Furcht ist dieser Eingriff nach D. einer der einfachsten und ungefährlichsten (!).

Am Schluss seiner Arbeit spricht sich D. absolut gegen jeden Eingriff am Sympathicus aus.

PAUL RAUGÉ.

153) **Gérard-Marchant** (Paris). **Bilaterale Resection des Halssympathicus bei Basedow'scher Krankheit. (Résection bilaterale du grand sympathique cervicale dans le goitre exophthalmique.)** *Acad. de Med. 29. Juni 1897.*

Vorstellung eines Kranken mit Morb. Basedowii, bei dem M. 4 cm vom Halssympathicus resecirt hat.

Das unmittelbare Resultat war vortrefflich; nach 4 Tagen waren die Exophthalmie, der Kropf und die Tachycardie verschwunden. Aber der Erfolg hielt nicht an; nach kaum 3 Monaten ist der Exophthalmos zum Theil schon wiedergekehrt.

Bezüglich der Operation empfiehlt der Verf., den Einschnitt nach oben weit

genug zu verlängern, um das in seiner Form charakteristische obere Halsganglion zu finden, wodurch die Verwechselung des Sympathicus mit anderen Nerven vermieden wird.

PAUL RAUGÉ.

154) **Gérard-Marchant. Basedow'sche Krankheit behandelt mittelst Resection der beiden Halssympathici. (Exophthalmic goitre treated by resection of the two cervical sympathetics.)** *Medical News. 27. September 1897.*

Der Exophthalmus ging sofort nach der Resection erheblich zurück; der Puls, der von 80—100 geschwankt hatte, blieb constant auf 80.

Chauffard erwähnt einen von Quenu operirten Fall, in dem jeder Erfolg ausblieb. Der Pat. starb $2^1/_2$ Monate nach der Operation durch Digitalisvergiftung, da er das ihm löffelweise verordnete Infus auf einmal nahm. Die Zeit bis zu seinem Tode indess war lang genug, um den Misserfolg der Operation erkennen zu lassen.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

155) **Doyen** (Paris). **Die Diagnostik der Oesophaguserkrankungen durch die Radiographie. (Diagnostic des lésions de l'oesophage par la radiographie.)** *Académie de Medecine. 12. October 1897.*

D. führt in den Oesophagus eine Sonde mit einer Metallolive und dann Sonden aus Gummi, die mit Quecksilber gefüllt sind, ein. An dem Radiogramm kann er den Sitz und die Form von Verengerungen erkennen.

PAUL RAUGÉ.

156) **J. Lemaistre. Die Oesophagotomia externa bei Brustkindern. (De l'oesophagotomie externe chez les enfants à la mamelle.)** *Journal de Clinique et Therap. infant. No. 23. 1897.*

6monatliches Kind verschluckt eine Broche aus Blei von 32 : 12 mm Umfang. In den nächsten Tagen Erstickungsanfälle: starke Abmagerung. Nach 12 Tagen fühlt man am Halse nichts, aber in der Tiefe fühlt der Finger Unebenheiten. Per os gelingt es nicht, den Fremdkörper zu extrahiren. Deshalb wird zur äusseren Oesophagotomie geschritten. Zur Vermeidung der Blutung wird die Incision mit dem Thermocauter gemacht. Der Fremdkörper wird entfernt und es erfolgt rasche Heilung. In den ersten Tagen sickert etwas Milch aus der Halswunde.

L. hat früher bereits eine ähnliche Beobachtung mitgetheilt (R. d. M. XVII. 604); er bespricht eingehend die besonderen Indicationen und die Technik der Operation in diesem Lebensalter.

A. CARTAZ.

157) **Pichler** (Prag). **Ueber einen Fall von multiplen Leiomyomen des Oesophagus.** *Prager med. Wochenschr. No. 38. 1897.*

Bei der Section eines an einem Allgemeinleiden verstorbenen Mannes fanden

sich als zufälliger Befund 14 Tumoren im Oesophagus, die intra vitam latent geblieben waren. Sie bildeten, in den inneren Lagen der Muscularis sitzend, theils ringförmige Tumoren, theils sassen sie zerstreut in den oberen 2 Drittheilen des Oesophagus. Beim histologischen Befunde ist besonders interessant das Vorhandensein versprengter quergestreifter Muskelfasern und versprengter Ganglienzellen in Leiomyomen. CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/98. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

Die Physiologie der oberen Luftwege ist von drei Autoren in drei gesonderten Abschnitten behandelt worden. Es ist die Consequenz der eigenthümlichen Eintheilung und zugleich der bedeutendste Fehler der grossen Sammelwerke, dass Zusammengehöriges gewaltsam getrennt wird. Ganz richtig heisst es im dritten Bande dieses Buches, dass die Rolle, welche die Nase bei der Stimmbildung spielt, von der allgemeinen Behandlung dieses Thema nicht zu isoliren sei, und im Zusammenhang mit der letzteren besprochen werden soll. Die Folge ist, dass diese Rolle, wenigstens im physiologischen Theil des Werkes, gar nicht behandelt worden ist. Der Leser aber sei getrost, weil ihm anstatt einer drei ausgezeichnete physiologische Arbeiten geboten werden.

R. Ewald. Die Physiologie des Kehlkopfes und der Luftröhre; Stimmbildung.

Diese Arbeit enthält eine Fülle von originellen Gedanken und sei das Studium derselben wärmstens empfohlen. Von der Physiologie des Kehlkopfes werden hauptsächlich drei Capitel behandelt: die Stimmbildung, der Mechanismus der Stimmbewegungen und die Innervation des Kehlkopfes.

Die Stimmbildung ist Gegenstand einer eingehenden und erfolgreichen, wesentlich akustischen Forschung geworden. Besonders beachtenswerth ist der vom Verf. geführte Nachweis, dass der Luftstrom nicht die einzige Kraft zur Erhaltung der Stimmbandschwingungen sein kann. Für das Aushalten eines Tones braucht man nur ausserordentlich wenig Luft. Einen gesungenen Ton vermag man 2 bis 3 Mal so lange auszuhalten, als wenn man mit der eigenen Exspirationsluft einen ausgeschiedenen oder einen künstlichen Kehlkopf von natürlicher Grösse anhaltend zum Tönen bringt. Verf. erklärt diese Beobachtung durch die Hypothese, dass die stimmbandspannenden Muskeln die schwingenden Be-

wegungen, durch welche sie gedehnt werden, durch rythmische Veränderungen ihres Contractionszustandes activ unterstützen.

„Die wichtigste Thatsache aus der Physiologie des Kehlkopfes, die man bisher immer für selbstverständlich gehalten hat“, dass nämlich die Stimmbänder durch die Luftbewegung in Schwingungen versetzt werden, glaubt Verf. zum erstenmale hier erklärt zu haben. Er hat nachweisen können, dass beim Ertönen einer Zungenpfeife immer in dem Moment, wenn der Verschluss der Oeffnung durch die schwingende Zunge erfolgt, eine locale plötzliche Drucksteigerung hinter der Zunge entsteht, welche als Stoss auf die Zunge wirkt.

Der Kehlkopf wird allgemein als eine Pfeife mit membranöser Zunge betrachtet. Indessen stehen im Brustregister nicht zwei Membranen mit ihren Rändern, sondern zwei elastische Wülste oder Polster einander gegenüber. Diese Polster werden bei ihren Schwingungen zur Seite geschoben. Vielleicht stellt der Kehlkopf eine Mittelform zwischen der Membranpfeife und der Polsterpfeife dar. Ohne Zweifel werden die diesbezüglichen Ausführungen des Verf. die Anregung zu weiteren eingehenden Forschungen abgeben. Auch möchte Ref. die Hoffnung aussprechen, dass Verf. seine Ideen über die Stimmbildung in einem grösseren Werk ausführlich darlegen und begründen werde.

Der zweite Abschnitt behandelt den Mechanismus der Stimmbandbewegungen und die Wirkungsweise der Kehlkopfmuskeln. Mit klaren Argumenten vertheidigt E. die Vierordt'sche Auffassung, „welche in dem M. crico-thyroideus weniger eine Zugvorrichtung, als ein entsprechendes Widerlager gegen den Zug von anderer Seite (hauptsächlich vom M. vocalis) erblickt“, und kommt zu dem Schluss, dass der Crico-thyreoideus für sich allein die Stimmbänder weder einigermaassen spannen noch auch einander nähern kann, einem Schluss, welcher nach Ref.'s Ansicht umsomehr Beachtung verdient, weil man neuerdings (zur Erklärung der pathologischen Medianstellung des Stimmbandes) dem Crico-thyreoideus eine ganz übertriebene Bedeutung zugeschrieben hat.

Der wahre Singmuskel ist der M. vocalis, welcher den wesentlichen Spanner des Stimmbandes darstellt, und der, durch die Fähigkeit, seine verschiedenen Theile in verschiedenem Maasse zur Contraction zu bringen, bei gleichbleibender Gesammtspannung, die Erzeugung ganz verschieden hoher Töne ermöglicht. Diese Thatsache hat Verf. durch sehr schöne Experimente am künstlichen Kehlkopf, wo er Froschmuskeln als Stimmbänder benutzt hat, beweisen können.

Der dritte Abschnitt, welcher einen Ueberblick über die Innervationsverhältnisse des Kehlkopfs giebt, steht, weil nicht auf eigene Forschungen fussend, den anderen beiden Theilen wesentlich zurück. Der Griff aus den zahlreichen, widerspruchsvollen Angaben der Autoren ist nicht immer ein absolut gelungener. So vermissen wir die hervorragenden Experimente Onodi's und Russell's, welche am lebenden Thiere die einzelnen Fasergattungen des Recurrens isolirt gereizt haben. Die bekannten Krause'schen Recurrens-Experimente und seine Contractur-Hypothese sind nicht erwähnt worden, dagegen wohl die spätere Modification der Hypothese, welche aber eine einseitige Medianstellung niemals erklären kann. Die Angabe des Ref., dass vom centralen Ende des Re-

currens reflectorische Bewegungen des anderen Stimmbandes nicht nachweisbar seien, bezeichnet Verf. ohne Motivirung als einen Irrthum, der wahrscheinlich durch zu starke Narcotisirung des Versuchsthieres veranlasst worden sei. Dabei vergisst er, dass die entgegengesetzte Behauptung Krause's ebenfalls auf Experimenten an narkotisirten Thieren beruht, und dass die Angabe selbst mit den Resultaten anderer Autoren, z. B. Semon und Horsley, in Einklang ist. Für die Abduction der Stimmbänder wäre nach Verf. bisher kein Reizpunkt auf der Gehirnrinde gefunden, obgleich die betreffende Risien Russell'sche Arbeit ins Literaturverzeichniss aufgenommen ist.

Diese Bemerkungen, welche man Ref. verzeihen möge, dürfen den Gesammt-Eindruck, dass hier eine inhaltreiche und anregungsvolle Arbeit grosser Bedeutung vorliegt, in keiner Weise erschüttern.

W. Einthoven: Die Physiologie des Rachens.

Den ihm nur spärlich bemessenen Raum hat Einthoven in dankenswerther Weise benutzt, indem er von der Physiologie der speciellen Bewegungen des Pharynx die wesentlichsten Thatsachen klar und und systematisch beschrieben hat..

Für das Studium der Bewegungen des Gaumens und des Tubenostiums stand ihm (wie früher Bidder, Schuh, Gentzen, Vogel[1]) ein Fall zur Verfügung, wo in Folge einer grossen Operation am Gesichte der Nasenrachenraum der directen Besichtigung frei lag. Es ist ihm gelungen, stereoskopische Momentaufnahmen zu machen, auf welchen man die betreffenden Pharynxtheile, in der Ruhelage, bei der Phonation, beim Saugen und in verschiedenen Phasen der Schluckbewegung, in aller Deutlichkeit beobachten kann.

Der Reihe nach behandelt er die Bewegungen des Rachens und des Gaumens beim Athmen, beim Sprechen und Singen, beim Schlingen, beim Saugen, Würgen und Niesen. Er beschreibt einen von dem Donders'schen abweichenden Mechanismus des Saugens, welches von Erwachsenen z. B. beim Trinken ausgeführt werden soll: „Das Velum schliesst die Pars nasalis pharyngis vollkommen von der Pars oralis ab. Der Mund steht in offener Verbindung mit den Luftwegen und das aufgesogene Wasser strömt nur darum nicht in den Larynx, weil es sich unter der aufgesogenen Luft befindet." Hiermit ist allerdings das Schlürfen genau charakterisirt, doch dürfte nach Ref.'s Meinung beim gewöhnlichen Trinken von Erwachsenen das Wasser gewöhnlich vielmehr eingegossen als aufgesogen werden.

Im sorgfältig zusammengestellten Literaturverzeichnis vermissen wir ungerne den Namen Voltolini's.

J. Gaule: Die Physiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Der Stoff zerfällt in drei Abtheilungen. In der ersteren werden zusammenfassend die Functionen der Nase und die Bedeutung dieses Organs für den Ge-

1) Auch Schutter im Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1890. I. No. 15. Ref.

sammtorganismus geschildert. Der zweite Abschnitt beschäftigt sich und zwar in erschöpfender Weise mit der Nase als Luftweg. Hier werden die Veränderungen, welche die Inspirationsluft in der Nase erleidet, die Rolle, welche der Nasenschleim und die Cilienbewegung des Epithels dabei spielen, die Mechanik der Luftströmung, der Weg des Luftstroms durch die Nase und endlich die Bedeutung der Nebenhöhlen eingehend erörtert. Die von J. Müller begründete Ansicht — Zweck der Nebenhöhlen sei die Erleichterung des Gesichtsskelets — wird als ziemlich allgemein anerkannt vorgeführt. Dazu schreibt Verf., mit Braune und Clasen, den Nebenhöhlen eine sehr wesentliche Bedeutung für den Riechact zu.

Ebenso gediegen und lesenswerth wie die beiden anderen ist die Bearbeitung der dritten Abtheilung, welche die Nase als Geruchsorgan behandelt. Die Physiologie des Geruchs ist, auch nach der anregungs- und belehrungsvollen Monographie Zwaardemaker's, ein in vieler Hinsicht noch recht dunkles Gebiet. Hier ist Verf. dem Leser ein sicherer Führer, wenn man auch seine persönliche Meinung nicht immer theilen sollte.

Verf. verwirft die Zwaardemaker'sche Hypothese, nach welcher die Riechstoffe durch Diffusion nach dem Riechepithel gelangen. Von einer Fortbewegung der Riechstoffe durch Diffusion könnte s. A. n. überhaupt nur, wenn sie sich sämmtlich wie Gase verhielten, die Rede sein. Allein weil die meisten Riechstoffe sich wie solche nicht verhalten, so müsse es eine andere Kraft geben, welche die Bewegung derselben bewirkt. Als solche betrachtet er die von Braune und Clasen nachgewiesene respiratorische Luftbewegung in den Nebenhöhlen. Er schildert den Mechanismus des (inspiratorschen) Riechens folgendermaassen:

„Zu allererst wirkt die Lunge ansaugend auf die Nasenhöhle, sodann die Nasenhöhle auf die Nebenhöhlen. Es strömt also Luft aus diesen heraus. Jetzt beginnt alsbald die äussere Luft mit den Riechstoffen geschwängert in die Nasenhöhle einzuströmen, der Druck in derselben steigt und so strömt jetzt die Luft aus der Regio olfactoria in die Nebenhöhle zurück und die äussere Luft steigt zum Ersatz derselben in die Regio olfactoria hinauf" . . . u. s. w.

Auf diese Discussion hier einzugehen, verbietet der beschränkte Raum; nur möchte Ref. bemerken, dass es schwer einzusehen ist, weshalb gerade aus der Regio olfactoria Luft in die Nebenhöhlen eintreten sollte, weil ja die meisten Nebenhöhlen nicht — wie es Verf. will — in die Regio olfactoria öffnen. Ebenso unwahrscheinlich kommt es Verf. vor, dass die beim Schlingact im Pharynxraum stattfindenden Druckschwankungen der Luft sich in dem Maasse bis hinauf zu den Nebenhöhlen geltend machen würden, dass hieraus irgend welche Bedeutung der Nebenhöhlen für das „gustatorische Riechen" abzuleiten wäre.

Betreffs der Art und Weise, in der die Geruchsempfindungen entstehen, werden die einschlägigen vier Theorien der Reihe nach erörtert, von denen Verf. wohl der chemischen Theorie am günstigsten gesinnt ist.

Im nächsten Abschnitt wird die Classification der Gerüche und sodann die specifischen Energien des Geruchssinnes behandelt. Die Zwaardemaker'sche Hypothese, nach welcher die den von diesem Autor angenommenen 9 Energien specifisch zukommenden Riechzellen in 9 neben einanderliegende Streifen in der Riechgegend angeordnet wären, ist nach Verf. unannehmbar. Er meint, eine zu-

künftige Theorie der Geruchsempfindungen müsse sich weit mehr an die der Farbenempfindungen, als an die der Tonempfindungen anlehnen; sie müsse, ähnlich wie dort, aus möglichst wenig Grundenergien, durch gleichzeitige, verschieden starke Erregungen derselben, die Mannigfaltigkeit der Gerüche erklären.

Für die Messung der Geruchsschärfe wird der Zwaardemaker'sche Riechmesser als ein handliches und brauchbares Instrument[1]), welches dem Praktiker die vergleichende Olfactometrie ermöglicht, empfohlen.

Der letzte Abschnitt handelt über die Reflexe, die von der Nase ausgelöst werden, sowie die auf die Nervengefässe wirkenden Reflexe und erörtert die physiologische Basis der später (von Jurasz) in einem besonderen Capitel zu behandelnden nasalen Reflexneurosen.

Amsterdam, Mai 1898. H. Burger.

---

b) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte in Budapest.

Sitzung vom 28. Februar 1897.

1. Baumgarten: Beiderseitige Siebbeinzelleiterung mit Polypenbildung.

Die 28jährige Patientin leidet seit 4 Jahren an Verstopfung beider Nasenhöhlen und Kopfschmerzen. Polypen wurden mit der Zange wiederholt entfernt. In der rechten Nasenhälfte sind Polypen sichtbar, links ist der Einblick durch Deviation der Septums verhindert. Im Nasenrachenraume ist bei Rhinoscopia posterior ein aus der linken Choane hervortretender Polyp sichtbar. Dieser wurde von rückwärts, die übrigen Polypen von vorne mit der kalten Schlinge entfernt. Bei der Operation entleert sich dickflüssiger, übelriechender Eiter in grossen Mengen. Die Sonde fühlt die zerstörten Siebbeinlammellen und gelangt nach rückwärts bis zur Keilbeinhöhle. Es werden die zerstörten Knochen entfernt, die Granulationen ausgekratzt. Innerlich Jodkali, ausserdem Nasenspülungen. Nach zweimonatlicher Behandlung ist Patientin wieder arbeitsfähig, jedoch tritt die Verstopfung, da Patientin ausblieb, wieder ein. Die Granulationen werden abermals ausgekratzt und der weitere ruhige Verlauf durch Jodoformgazetamponade gesichert.

Obwohl Lues die Ursache dieser Krankheit ist, führt nur eine energische Localbehandlung zur radicalen Heilung.

2. Baumgarten: Lupus oder Lupus tuberculosus des Kehlkopfes.

Der 35jährige Patient hat nie Lues gehabt, auch konnte in der Lunge oder sonst kein Zeichen von Tuberculose nachgewiesen werden. Pat. erkrankte vor

---

1) Seitdem durch die Aufstellung auf einen Fuss und durch eine genauer einzustellende Scala wesentlich verbessert (vergl. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1897. No. 10). Ref.



einem Jahre. Es stellten sich Heiserkeit und Schlingbeschwerden ein. Im Rachen zwischen den beiden Gaumenbögen und der Tonsille ein weissbelegtes Geschwür. Der rechte Rand der Epiglottis fehlt, an Stelle dessen ein unebenes Geschwür, welches bis auf die rechte ary-epiglottische Falte reicht. Reine Milchsäurebehandlung ohne wesentlichen Erfolg. Nach Auskratzung des Geschwürs tritt auf Milchsäurebehandlung in zwei Monaten Heilung ein.

Nach zwei Monaten abermals Heiserkeit und Schlingbeschwerden. Jetzt ist die linke Seite des Epiglottisrandes geschwürig zerfallen. Im Sputum keine Tuberkelbacillen. Milchsäure bringt die Geschwüre schnell zur Vernarbung, doch treten im Narbengewebe wiederholt kleine Knötchen und Geschwüre auf, die der Milchsäurebehandlung schnell weichen. Diesmal innerlich auch Jodkali. Heilung nach 3 Monaten.

Nach 6 Monaten abermals Recidive im vernarbten Epiglottisstumpf, welche jedoch nach wenigen Wochen auf Milchsäurebehandlung verschwinden.

Der Fall ist als Lupus oder Lupus tuberculosus anzusehen. Gegen Lues spricht, dass das erste Mal Heilung auch ohne Jodkali eintrat und im Kehlkopf nicht einmal Catarrh vorlag. Gegen Tuberculose spricht die schnelle und wiederholte Heilung, ebenso das Fehlen der Bacillen und die Localisation. Für Lupus spricht das klinische Bild: der schnelle und grosse Substanzverlust, die schnelle Vernarbung und das Wiedererscheinen der Infiltrate und Geschwüre im Narbengewebe.

Sitzung vom 29. März 1897.

1. v. Navratil: Osteoma frontis.

Der 26jährige Patient bemerkt seit 3 Jahren eine haselnussgrosse, hemdknopfförmige, stetig zunehmende Geschwulst in der Mitte der Stirne.

Zwischen den Augenbrauen in der Mitte der Stirne eine faustgrosse, knochenharte Geschwulst, mit unebener Oberfläche, von normaler, verschiebbarer Haut bedeckt. Die Geschwulst wird nach rechts und oben von einer weichen, fluctuirenden Zone umgeben, deren Inhalt trübe, röthlich-seröse Flüssigkeit bildet, welche zahlreiche Leukocyten, Mucin und Propepton enthält. Das aus der vorderen Stirnbeinwand entstandene Osteom hat wahrscheinlich den Ausführungsgang der Stirnhöhle comprimirt und so zu Retention geführt. (Die später ausgeführte Operation zeigte, dass es sich um reines Osteom handelte, welches den ganzen Sinus frontalis erfüllte.)

2. Irsai: Fall von Pemphigus laryngis.

Die 42jährige, schlecht genährte Frau empfindet seit 6 Wochen beim Schlucken im Kehlkopfe einen stechenden Schmerz. Das Zahnfleisch ist geschwollen; Rachen injicirt. An der Spitze des giessbeckenartig zusammengelegten Kehlkopfdeckels eine linsengrosse, weisslich-gelbbelegte Stelle. Der Epiglottisrand injicirt, geschwollen. Am linken Rand des Kehlkopfdeckels ein wasserklares, linsengrosses Bläschen. Taschenbänder roth, geschwollen. Auf Thorax und Rumpf kein Ausschlag. An den grossen Schamlippen zahlreiche hirsekorn- bis

linsengrosse Bläschen mit wasserklarem Inhalte und gelblich-weissbelegte Substanzverluste.

Die Art des Auftretens der Bläschen, deren Veränderungen und die zurückbleibenden, oberflächlichen Substanzverluste liessen die richtige Diagnose stellen. Irsai beobachtete vor 8 Jahren einen ähnlichen Fall.

Sitzung vom 20. Mai 1897.

1. v. Navratil: Rhinoplastik bei Sclerom.

Bei der 35 Jahre alten Frau wurde nach Entfernung des Scleroms der Oberlippe und Nase zuerst eine Oberlippenplastik und dann eine Nasenplastik gemacht. Der Hautperiostlappen wurde aus der Stirn genommen. Der Lappen war anfangs zu gross, schrumpfte aber später so zusammen, dass die Form gehörig gewölbt sich gestaltete. Die Operation war gerechtfertigt, weil alles Kranke entfernt werden konnte und Larynx und Luftröhre frei waren.

2. v. Navratil: Durch Operation geheilter Fall von hochgradiger Infractionsdeviation (Spina septi) der Nasenscheidewand.

Der 18jährige Patient leidet seit 3—4 Jahren an Nasenverstopfung; er muss den Mund fast beständig offen halten und hat andauernd Kopfschmerzen. Wurde bereits zweimal, einmal galvanocaustisch, das zweite Mal mit dem Meissel erfolglos operirt. Die Richtung der Nase weicht nach rechts. Bei Spiegeluntersuchung zeigt die knorpelige Scheidewand diese Deviation in gesteigertem Grade, so dass der rechte Naseneingang nur einen engen Spalt bildet. Linker unterer Nasengang etwas weiter. Hintere Rachenwand trocken.

Operation in Chloroformnarkose. Nach Spaltung des rechten Nasenganges mittelst des paramedianen Nasenschnittes wurde die Schleimhaut und Perichondrium abgelöst und ein 14 mm langes, 9 mm breites Knorpelstück resecirt. Heilung per primam. Die Richtung der Nasenscheidewand ist vollkommen normal, die durch die Deviation verursachte Leiden verschwanden. Der Nasenschnitt ist als eine kaum sichtbare lineare Narbe angedeutet.

3. v. Hüttl: Osteoplastik der Nase, ausgeführt wegen Nasenbeindefect traumatischen Ursprunges.

Der 29jährige Patient kam vor 10 Jahren unter ein Mühlrad und erlitt arge Zerquetschungen des Gesichts und einen Bruch des rechten Unterarmes. Gegenwärtig besteht in Abwesenheit beider Nasenbeine ein thalergrosser Defect des Nasenrückens, mit narbigen Rändern. Wir gewinnen den Eindruck einer hochgradigen Sattelnase. Von den Weichtheilen sind die Nasenspitze, beide Nasenflügel und das Septum cutaneum erhalten.

Die Operation war folgende:

Auffrischung der narbigen Ränder des Defects, Deckung desselben mit einem aus den übriggebliebenen Weichtheilen der Nase genommenen gestielten Lappen, dessen Epidermisfläche gegen die Nasenhöhle gewendet ist. Auf diese Weise entstand ein Defect der Weichtheile der Nase, von der Basis bis zur Spitze. Dieser

Defect wurde mit einem Hautknochenlappen aus der linken Stirnhälfte gedeckt. Die Weichtheile wurden bis auf alle Stirnknochen eingeschnitten und die äussere Lamelle bis zur Diploë mit der Kreissäge nach Krause durchtrennt. Mittelst eines feinen Meissels wurde der gestielte Weichtheil-Knochenlappen abgelöst und zur Deckung des Defectes verwendet. Acht Wochen nach der Operation besitzt die Nase eine tadellose Profilhöhe und ist von normaler Farbe.

4. Polyak: Lupus am Gesicht und der Nasenschleimhaut.

Die 17jährige Patientin besitzt auf der rechten Wange einen markstückgrossen lupösen Fleck. Die Nasenhöhle war auf beiden Seiten mit eiternden, weichen, leicht blutenden Granulationen bedeckt, welche ausgekratzt wurden. Dann folgte eine Milchsäurebehandlung. Die reichlichen Wucherungen der Nase liessen zuerst Tuberkulose vermuthen, jedoch konnte durch die mikroskopische Untersuchung und Beobachtung des weiteren Verlaufes auch hier die lupöse Erkrankung festgestellt werden.

5. Zwillinger: Fall von sog. Prolapsus ventriculi Morgagni.

Der 27jährige Patient wurde nach einer Durchkältung plötzlich heiser. Die Inspection ergiebt, dass nur der schmale, rothgrau verfärbte Rand des linken Stimmbandes sichtbar ist. Bei näherer Untersuchung ergiebt sich, dass das linke Stimmband bis auf den erwähnten schmalen Rand von einer dunkelgraurothen Schleimhautfalte bedeckt ist, welche sich vom linken Taschenrand scharf abgrenzt. Diese Falte schiebt sich aus dem linken Morgagni'schen Ventrikel hervor, ist in ihrem hinteren Theil mit der Sonde ganz wenig abhebbar, aber nicht reponirbar. Die rechte Kehlkopfhälfte ist normal. Der Zustand entspricht dem Bilde des sog. Prolapsus ventriculi Morgagni.

6. Zwillinger: Fall von Ulcus septi perforans.

Der 38jährige Patient litt nie an Lues. Sein Leiden besteht seit zwei bis drei Jahren. An der rechten Hälfte der knorpeligen Scheidewand ist die Schleimhaut in der Grosse eines Fünfhellerstückes grauweisslich verfärbt, dünn, mit der Sonde nicht abhebbar, in der Mitte der Verfärbung der rauhe blossgelegte Knorpel fühlbar. Die dem Process entsprechende linke Fläche der Scheidewand normal. Da Tabes, Diphtheritis, Abscess und Tuberculose ausgeschlossen sind, auch Lues nicht anzunehmen ist, muss der Fall als Ulcus perforans septi rotundum angesprochen werden.

v. Navratil.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

# Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. **Berlin, Juli.** **1898. No. 7.**

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Rudolf Fick. Ueber die Athemmuskeln.** *Arch. f. Anat. u. Phys. Anatom. Abtheil. Supplementband. 1897.*

Aus dieser lesenswerthen Arbeit sei Folgendes hervorgehoben:

Die Mm. intercost. ext. und intercartilaginei contrahiren sich beim lebenden Menschen auch bei gewöhnlicher ruhiger Einathmung und können dabei selbst einen kräftigen Widerstand überwinden. Das Zwerchfell wird unzweifelhaft bei jeder Respiration innervirt, wenn auch eine wesentliche Contraction desselben bei der gewöhnlichen Athmung in Abrede zu stellen ist. Die Mm. intercost. int. sind neben anderen active Senker der Rippen.

Die Anschauung, dass für Weiber die Brust- und für Männer die Bauchathmung charakteristisch sei, ist unberechtigt.

Die Sternocleidomast. sind bei der gewöhnlichen Athmung gänzlich unbetheiligt, dagegen sind sie Hilfsmuskeln bei der Einathmung; die Zungenbeinmuskeln haben gar keinen Einfluss auf die Athmung; die Mm. scaleni kommen auch nur für dieses Athmen in Betracht.

Die Differenz des Athemdrucks in der Trachea (nach Tracheotomie) bei Ein- und Ausathmung beträgt 20 mm (im Wassermanometer). Nach Ausscheidung der Bauchmuskeln bei dem Versuchshunde ging die Athmung nicht nur ruhig weiter, sondern vertiefte sich sogar; reine Brustathmung, die ausschliesslich die Wirkung der Zwischenrippenmuskeln war.

A. ROSENBERG.

2) **W. E. Briggs. Die oberen Luftwege bei Gesunden und Kranken. (The upper air tract in health and disease.)** *Occidental Med. Times. Octob. 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).



3) **J. H. Hollister. Die Athmungswege als Strasse für Infectionen. (The respiratory tract as an avenue for infection.)** *North American Practitioner. Juni 1897.*

Die Mehrzahl der Infektionskeime wird nach Verf.'s Ansicht durch die Luft übertragen und dringt auch durch die oberen Luftwege in den Organismus ein. Die Gesunderhaltung dieser Wege gewinnt dadurch eine besonders hohe Bedeutug.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

4) **R. C. Myles. Einige praktische Punkte betreffend die Erkrankungen der Nase, des Halses und der Ohren bei Kindern. (Some practical points concerning disease of the nose, throat and ears of children.)** *New York Polyclinic. 15. Juli 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

5) **Chalmonski. „Erkältung" als Krankheitsursache. („Catching cold" as a cause of disease.)** *N. Y. Med. Record. 18. December 1897.*

Der Grad der Neigung zu Erkältungen ist bei ein und demselben Individuum keine constante Grösse. Aeltere Leute, fieberhafte Kranke und solche, die an Nierenerkrankung leiden, scheinen stärker als andere disponirt für Erkältungen. Zwischen dieser Disposition und dem Ernährungszustand, sowie der Sensibilität für Temperatur besteht keine Beziehung. Mit den prophylaktischen Maassregeln gegen Erkältung sei man vorsichtig; dieselben haben manchmal gerade das entgegengesetzte Resultat von dem, was sie bewirken sollen, und können gefährlicher sein, als die Erkältung selbst.

LEFFERTS.

6) **E. Winckler** (Bremen). **Ueber Fieberbewegungen nach Operationen in den oberen Luftwegen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 52. 1897.*

Nach endonasalen Eingriffen trat bei 9 von 17 Kindern eine mässige Temperatursteigerung ein, die durch einige Tage anhielt. Nach Operation der adenoiden Wucherungen (meist mit dem Gottstein'schen Messer ausgeführt) wurde bei 29 von 78 Kindern eine Temperatursteigerung beobachtet, und gesellte sich in einigen Fällen auch Störung des Allgemeinbefindens hinzu. Nach Tonsillotomien (mit dem geknöpften Messer) kam es in 9 von 25 Fällen zu kaum merklichen Fieberbewegungen.

Das Resultat ist also, dass circa 40 pCt. aller behandelten Fälle mit Fieber auf genannte Eingriffe reagirten. W. räth, nach genannten Operationen, so namentlich nach Adenoidoperationen die Kinder einige Tage im Bette zu belassen, sowie zur peinlichen Asepsis bei den Operationen.

CHIARI.

7) **J. L. Carstairs. Athembehinderung bei Chloroformnarkose durch verlängerte Uvula. (Respiratory obstruction due to elongated uvula in chloroform administration.)** *Brit. Med. Journ. 20. November 1897.*

67jähriger Mann wurde chloroformirt, als die Athmung plötzlich stillstand und schnelle Cyanose eintrat. Nach Aussetzen des Chloroforms wurde die Athmung wieder normal: bei jedem Versuche aber, die Narkose fortzusetzen, traten sofort wieder die beunruhigenden Symptome ein. Man constatirte, dass die Uvula sehr

lang war. Dieselbe wurde mit der Zange gefasst und vorgezogen. Solange man das Zäpfchen in dieser Weise hielt, hatte die weitere Narkose keine Schwierigkeit mehr.

ADOLPH BRONNER.

8) **Felsenthal. Abortivbehandlung der Influenza mittelst Calomel. (Abortive treatment of influenza by calomel.)** *N. Y. Medical News. 11. December 1897. N. Y. Med. Journ. 25. December 1897.*

Das Calomel muss in den ersten 3 Tagen gegeben werden. Verf. empfiehlt beim Manne 0,09, bei der Frau etwa 0,045 und beim Kinde soviel Centigramm, als es Jahre hat, zu geben. 2 oder 3 Dosen sind erforderlich. 6—10 Stunden nach der letzten Dose sinkt das Fieber, das Kopfweh, die Schmerzen etc. schwinden oder werden doch erheblich gebessert. Bei vielen Fällen ist sonst nichts nöthig; bei manchen muss man wegen anhaltender nervöser Symptome noch Antipyrin geben. Zur Hebung des Appetits sind später Bittermittel angezeigt.

LEFFERTS.

9) **Allyn. Multiple Neuritis nach Influenza. (Multiple neuritis following influenza.)** *N. Y. Medical Record. 6. November 1897.*

Die Influenza hat ebenso wie andere Infectionskrankheiten nicht selten Neuritis und multiple Neuritis im Gefolge. Dieselbe kommt bei beiden Geschlechtern gleich häufig und meist bei Leuten zwischen 25 und 45 Jahren zur Beobachtung. Sie tritt in der Reconvalescenz ein paar Tage oder erst 2—3 Wochen nach dem Erkrankungsanfall auf. Ihre Symptome sind sensorischer, motorischer, vasomotorischer oder trophischer Art oder aber eine Combination dieser. Meist erfolgt vollständige Heilung.

LEFFERTS.

10) **S. S. Bishop. Sprays und Inhalationen. (Sprays and inhalents.)** *Medical Standard. Februar 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

11) **Paul Garnault** (Paris). **Die Vibrationsmassage der Schleimhäute bei Erkrankungen der Luftwege und des Ohres. (Le massage vibratoire des muqueuses dans les affections des voies respiratoires et de l'oreille.)** *Indépendance médicale. 30. Juni und 7. Juli 1897.*

Garnault war in Frankreich einer der ersten Vertreter und bleibt einer der wenigen Anhänger dieser therapeutischen Methode. Sein Artikel ist ein neues Plaidoyer zu Gunsten derselben.

Es bereitet dem Verf. ersichtlich einige Schwierigkeit zu erklären, wie die Vibrationsmassage in gleicher Weise günstige Resultate bei atrophischen und bei entzündlichen Vorgängen erzielt. Er kommt zu dem Schluss, dass dieses Mittel mechanisch „die Ernährung regelt, indem es den Blut- und Lymphstrom in Gang bringt und die vasomotorischen und trophischen Nerven anregt". Die Massage mit rapider Bewegung (600—800 Vibrationen in der Minute) wirkt geradezu sedativ.

Unter den Affectionen, die besonders günstig durch Vibrationsmassage beeinflusst werden, nennt Verf. die atrophische Ozaena und den Nasenrachenkatarrh. Letzteres Leiden hatte er selbst; er wurde durch tägliche Massage in weniger als

einem Monat geheilt. Auch den Larynx und das Trommelfell hat Verf. mit Erfolg massirt.

PAUL RAUGÉ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **M. Castex. Die pathologischen Beziehungen zwischen Nase und Augen. (The pathological relation between the nose and the eyes.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Mai 1897.*

Verbindungswege, auf denen Krankheiten von der Nase auf die Augen übertragen werden, sind die Thränenwege, die Gefässe und die Nerven; erstere sind die wichtigsten.

LEFFERTS.

13) **Couetoux. Der nasale Ursprung der Augenaffectionen und der Katheterismus der Thränenwege. (L'origine nasale des affections oculaires et le catheterisme des voies lacrymales.)** *Annales d'oculistique. April 1897.*

Die Verstopfung der Thränenwege ist oft nasalen Ursprungs und mittelbare Folge nasopharyngealer Processe. Wennn der Katheterismus des Thränenkanals zur Beseitigung der Verstopfung nöthig ist, so müssen doch gleichzeitig die Nasenwege als der erste Sitz der Erkrankung behandelt und die bestehende Nasenstenose sowie die nasopharyngealen Entzündungen beseitigt werden.

A. CARTAZ.

14) **Tietze. Ein Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen.** Aus der Breslauer chirurgischen Klinik. — *Beitr. z. klin. Chir. XVI. 1896.*

Diese Krankheit ist eine solche sui generis und charakterisirt sich histologisch als eine Wucherung von lymphoidem Gewebe in den genannten Drüsen, ist daher auf eine Stufe zu stellen mit den hyperplastischen Vorgängen, die wir am sogenannten lymphatischen Rachenring kennen. Am intensivsten sind bei dem Process in der Regel die Thränendrüsen ergriffen, welche auch ohne Betheiligung der Speicheldrüsen erkranken können.

Es handelt sich bei dieser Vergrösserung der genannten Drüsen wahrscheinlich um einen chronisch infectiösen Process.

A. ROSENBERG.

15) **E. Valude** (Paris). **Ophthalmoskopische Diagnose der cerebralen Complicationen der Nebenhöhlenentzündungen. (Diagnostic ophthalmoscopique des complications cérébrales dans les sinusites.)** *Bulletin Médical. 18. Juli 1897.*

Die cerebralen Läsionen manifestiren sich von Seiten des Auges als Neuritis optica. Bei der Untersuchung des Augenhintergrundes sieht man entweder

a) papilläre Stase, charakterisirt durch ein abnormes Vorspringen der Papille mit Schlängelung der Gefässe; oder

b) einfache Papillitis mit diffuser Röthung der Papille ohne Vorspringen derselben.

Die bestechende Theorie, dass die erste dieser beiden Formen immer ein

Zeichen von Hirndruck (Tumor) ist, die zweite eine Entzündung des Gehirns oder seiner Häute anzeigt, ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. In Wirklichkeit zeigt die Papillitis nur das Bestehen einer cerebralen Läsion an, sagt aber nichts über deren Art oder Sitz.

Die durch Nebenhöhlenerkrankungen verursachten Gehirnläsionen machen, wie alle anderen, bisweilen Erscheinungen am Nervus opticus, und die ophthalmoscopische Untersuchung ist bei ihnen von grossem Werth. Auch die bei Keilbeinhöhlenentzündung auftretende retrobulbäre Neuritis enthüllt der Augenspiegel.

PAUL RAUGÉ.

16) **W. T. Howard** und **J. M. Ingersoll. Bemerkungen über die Aetiologie der Nasennebenhöhlenentzündungen. (Notes on the etiology of inflammation of the accessory sinuses of the nose.)** *Medical News. 25. September 1897.*

Die Verff. haben 18 Fälle von Nebenhöhlenentzündung untersucht. Dieselben sind theils acut, theils chronisch, einige seit 20—30 Jahren bestehend. Erkrankt waren die Kiefer-, Stirn- und Siebbeinhöhlen. Eine Entzündung der Keilbeinhöhle sahen die Verff. nicht. Primäre Entzündung der Stirnhöhle trafen die Verff. öfter, dagegen nie eine Entzündung der Siebbeinzellen, die nicht secundär gewesen wäre. Neben dem Sinus ethmoidalis waren theils die Kieferhöhlen allein, theils ausser ihnen noch die Stirnhöhlen erkrankt. Die Verff. untersuchten den Inhalt der entzündeten Höhlen mikroskopisch und bakteriologisch. Sehr oft sahen sie in den Präparaten grosse Epithelzellen, die offenbar losgestossene veränderte Wandzellen der Höhlen waren. Fälle, in denen solche Epithelien zahlreich sind, bezeichnen die Verff. als katarrhalisch. Die Verff. stellen einen ausführlichen Bericht über die Resultate ihrer bakteriologischen Untersuchungen in Aussicht.

LEFFERTS.

17) **T. J. Harris. Die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *Medical Review of Reviews. Juni 1897.*

Ein Ueberblick über die Affectionen der Nasennebenhöhlen und ihre Behandlung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

18) **Mayo Collier. Bemerkungen über die Anatomie, Entwicklung, Pathologie und Chirurgie der Stirnhöhlen. (Notes on the anatomy, development, pathology and surgery of the frontal sinuses.)** *Lancet. 17. Juni 1897.*

Verf. bespricht die gesammten Verhältnisse der Stirnhöhle wie in einem Lehrbuche. Er eröffnet die Höhle mit einem kleinen Trepan und erweitert die gesetzte Oeffnung mittelst Zange und Scheere; zur Nase hin wird eine Gegenöffnung angelegt und ein Drainrohr eingeführt

ADOLPH BRONNER.

19) **Lannois** (Lyon). **Stirnhöhlenentzündung geheilt durch Trepanation. (Sinusite frontale guérie par la trepanation.)** *Soc. des scienc. médic. de Lyon. 7. Juli 1897.*

Junges Mädchen ins Krankenhaus aufgenommen mit Symptomen, die an Typhus denken liessen. Schmerzen in der Stirn erweckten den Verdacht auf Stirnhöhlenentzündung. Es wurde nach Luc im Niveau der rechten Augenbraue in-

cidirt und trepanirt. Extraction von 2 Sequestern; Drainage. Schnelle Heilung mit kaum sichtbarer Narbe.

PAUL RAUGÉ.

20) **Luc. Intracranielle Complicationen bei Eiterungen des Mittelohrs und der Stirnhöhle. (Complications intracraniennes dans le cours des suppurations de l'oreille moyenne et du sinus frontal.)** *Bull. et mem. de la Soc. franç. de laryng. Paris. 1897.*

Luc berichtet über 3 Fälle von Hirnabscess, von denen 2 im Anschluss an Stirnhöhleneiterung entstanden sind. Beide starben trotz des chirurgischen Eingriffes. Der dritte Kranke hat einen Abscess im Stirnlappen, der wahrscheinlich durch die nach Eröffnung eines extraduralen Abscesses in die Hirnsubstanz gemachten Probepunctionen verursacht ist. Luc räth bei derartigen Eingriffen innezuhalten, sobald man eine Erklärung für die vorhandenen Symptome gefunden hat.

E. J. MOURE.

21) **F. E. Sampson. Eitrige Entzündung der Stirnhöhlen. (Suppurative inflammation of the frontal sinuses.)** *Medical Age. 25. Mai 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

22) **F. Fehleisen. Diagnose und Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen. (Diagnosis and treatment of affections of the frontal sinuses.)** *N. Y. Med. Record. 7. August 1897.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **Normant. Beitrag zum Studium der Stirnhöhlenentzündungen und ihrer Behandlung durch breite Eröffnung und endonasale Drainage. Ogston-Luc'sche Methode. (Contribution à l'étude des sinusites frontales et de leur traitement par l'ouverture large et le drainage endo-nasal. Methode Ogston-Luc.)** *Thèse de Bordeaux. 1897.*

Eine ausführliche Studie über die Stirnhöhlenentzündung, ihre Ursachen, ihre Symptome bei acutem und bei chronisch-latentem Entzündungszustand, ihre Diagnostik und ihre Therapie. Die chirurgische Behandlung ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die einzige, die zur Heilung führen kann.

E. J. MOURE.

24) **Rivière. Beitrag zum Studium der operativen Behandlung der Stirnhöhlenentzündungen. (Contribution à l'étude du traitement opératoire des sinusites frontales.)** *Rev. hebdom. de laryngol. etc. No. 52. 25. December 1897.*

Der Kranke wurde 1894 wegen acuter Stirnhöhlenentzündung mit Vordrängung des linken Auges und Diplopie operirt. Es wurde eine breite Communication zwischen der Höhle und dem mittleren Nasengang hergestellt und von aussen, sowie durch die Nase drainirt. Der Kranke ist geheilt, die Narbe unter der Augenbraue nur wenig zu sehen.

E. J. MOURE.

25) **Ernst Winckler** (Bremen). **Zur Chirurgie der oberen Nasennebenhöhlen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Verf. bespricht eingehend die Operationsmethoden von Grünwald, Jansen,

Killian, Kuhnt, Ollier und Gussenbauer. Er erörtert die Indication und Vorzüge jeder derselben und demonstrirt an einigen Photographien die Resultate, die er mit denselben erzielt hat.

F. KLEMPERER.

26) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Zur Chirurgie des Sinus sphenoidalis.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Verf. beschreibt eine „Sondentrephine", mittelst deren er bei Empyem der Keilbeinhöhle die vordere Wand dieser anbohrt. Die Trephine ist von einem Rohr umschlossen, aus dem sie nur so weit herausgeschoben wird, dass eine Verletzung der hinteren Wand der Keilbeinhöhle ausgeschlossen ist. Der Eingriff ist so unerheblich und so wenig gefährlich, dass Verf. sich derselben auch bei Verdacht auf Erkrankung der Keilbeinhöhle zur Sicherstellung der Diagnose bedient.

F. KLEMPERER.

27) **Henry M. O. Hara** (Melbourne Victoria). **Abtragung einer knöchernen Geschwulst vom Keilbeinkörper. (Removal of a bony tumour from the body of the sphenoid bone.)** *Australian Medical Gazette. 20. September 1897.*

13jähriger Knabe, seit mehreren Jahren an Verstopfung der Nase leidend. Die linke Nasenseite ist undurchgängig, das linke Ohr taub. Im Nasenrachenraum fühlt man eine harte Masse. Die Diagnose lautet auf Osteom des Keilbeins, das die linke Nasenseite vollständig und zum Theil noch die rechte verschliesst. Bei der Operation wird erst die temporäre Resection des Oberkiefers gemacht und dann der eigrosse Tumor blossgelegt und mit dem Meissel und der Knochenscheere abgetragen. Der Knabe kommt zur Heilung; die Nase ist frei, das Gehör gebessert.

A. J. BRADY.

28) **Gillis. Beitrag zur Diagnose entzündlicher Affectionen der Nasennebenhöhlen. (Contribution au diagnostic des affections inflammatoires des cavités accessoires [sinus] des fosses nasales.)** *Archives Méd. Belges. Août 1897.*

Empyem der linken Highmorshöhle und der linken Siebbeinzellen, welches letztere sich nach dem linken unteren Augenlid einen Ausweg geschafft hatte. Der Autor scheint mit den Fortschritten auf diesem Gebiete weniger vertraut zu sein.

BAYER.

29) **Henrik Halász. Die seröse Erkrankung des Sinus maxillaris.** *Gyógyászat. 46. H. 1897.*

H. behandelte 10 Fälle von seröser Sinuserkrankung. Zur Feststellung der Diagnose hält er die Probepunction für unumgänglich nothwendig. Oft genügt die Canüle des zur Probepunction verwendeten Trocarts zur Ablassung der serösen Flüssigkeit; gewöhnlich aber wird ein dickerer Trocart bei Vorhandensein von Flüssigkeit zur Ablassung dieser verwendet. Ausspritzungen mit desinficirenden Flüssigkeiten oder sterilem Wasser sind vortheilhaft. H. erzielte durch dieses einfache Verfahren in allen Fällen vollständige Heilung.

v. NAVRATIL.

30) **Barclay Baron. Die Symptome und Behandlung der chronischen Eiterung der Kieferhöhle. (The symptoms and treatment of chronic suppuration of the maxillary antrum.)** *Bristol Med. Chir. Journal. März 1897.*

Die hauptsächlichsten subjectiven Symptome sind Ausfluss und Schmerz.

Der Ausfluss ist einseitig, rein eitrig, intermittirend und fötide. Baron fand es niemals nothwendig, die Exploration der Kieferhöhle mittelst des Lichtwitz'schen Trocarts vorzunehmen. Die Durchleuchtung ist nicht zuverlässig. B. eröffnet die Höhle durch die Alveolarwand.

ADOLPH BRONNER.

31) **O. T. Gambati. Die Beziehung der Zähne zum Ohr, zur Nase und zum Antrum. (The relation of the teeth to the ear, nose and antrum.)** *The Laryngoscope. Mai 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

32) **Alexander Douglas. Empyem der Highmorshöhle bei einem 3 Wochen alten Kinde. (Empyema of the antrum in a child three weeks old.)** *Australian Med. Gazette. 20. December 1897.*

Die rechte Backe war geschwollen und das rechte Auge vorgedrängt, sodass man an eine Geschwulst hinten in der Orbita dachte. Bei der Eröffnung des Antrum von aussen über der Alveole entleerte sich Eiter. Das Kind genas vollständig. Bezüglich der Aetiologie ist an eine Infection von Seiten der Mutter zu denken, die eine eitrige Entzündung der Brustdrüsen hatte. Die Geburt selbst war glatt verlaufen.

A. J. BRADY.

33) **d'Arcy Power. Empyem der Kieferhöhle bei einem 8 Wochen alten Kinde. (Empyema of the antrum in a child aged 8 weeks.)** *British Med. Journal. 15. September und 6. November 1897.*

Der Abscess trat bei dem 8 Wochen alten schwächlichen Kinde unter dem rechten Augenlid hervor. Die Kieferhöhle wurde ausgekratzt und vom Mundboden aus eine Gegenöffnung angelegt, durch die ein Drainrohr eingeführt wurde. Es war anfangs mit der Zange operirt worden, und die Entstellung der rechten Gesichtshälfte war eine erhebliche.

ADOLPH BRONNER.

34) **Broeckaert. Ueber das Empyem des Sinus maxillaris. (De l'empyème du sinus maxillaire.)** *La Belgique Méd. No. 12. 1897.*

Rundschau über den heutigen Stand der Frage des Empyems der Highmorshöhle, mit mangelhafter Angabe der grundlegenden Autoren. Im Anschluss daran theilt B. einen Fall mit von Radicaloperation durch Eröffnung der Highmorshöhle von der Fossa canina aus und Auskratzen.

BAYER.

35) **Adolph Bronner. Bericht über drei Fälle von Empyem der Kieferhöhle, bei denen die einzige Klage der Patienten ein übler Geruch in der Nase war. (Notes on three cases of empyema of the maxillary antrum, in which a bad smell in the nose was the only symptom complained of.)** *Lancet. 17. Juli 1897.*

Verf. macht auf die Häufigkeit der Kieferhöhlenerkrankungen aufmerksam; dieselben kommen besonders nach Influenza häufig vor. Sie werden oft übersehen, da ihre Symptome bisweilen sehr gering sind. In den 3 Fällen, die B. bespricht,

und deren Diagnose durch die Probepunction gesichert wurde, bestand ausser der Klage über einen schlechten Geruch in der Nase kein Symptom.

Autoreferat.

36) **Goris. Technik der Radicalcur des Empyems der Highmorshöhle. (Technique de la cure radicale de l'empyème du sinus maxillaire.)** *La Presse Méd. Belge. No. 3. 1897.*

Vergl. Sitzungsbericht der Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft von 1896.

BAYER.

37) **R. C. Myles. Erkrankungen und Behandlung der Nasennebenhöhlen; mit Krankengeschichten. (Diseases and treatment of the nasal accessory sinuses with an analytical report.)** *N. Y. Med. News. 7. August 1897.*

M. hat über dasselbe Thema 1895 zwei Arbeiten publicirt (N. Y. Polyclinik, Febr. u. März 1895 und Medical News, 28. März 1895). Die jetzige dritte Arbeit bringt 5 weitere Fälle, so dass im Ganzen 50 analysirt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **O. C. Shelley. Erkrankungen der Highmorshöhle mit Gesichtsneuralgie. (Diseases of the antrum with facial neuralgia.)** *Kansas City Medical Index. Januar 1897.*

Bericht über 3 Fälle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

39) **Zipfel. Empyem der Kieferhöhle. (Empyème du sinus maxillaire.)** *Bourgogne méd. October 1897.*

Krankengeschichte eines Falles; nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

40) **Ferencz Berger. Ueber die Behandlung des Empyems der Highmorshöhle.** *Gyógyászat. 27. H. 1897.*

B. hatte Gelegenheit, in kurzer Zeit 10 Fälle von Empyem der Highmorshöhle zu operiren. Sein Verfahren ist folgendes: Nach Extraction des ersten Molaris oder zweiten Prämolaris wird die Höhle durch die Anbohrung des Alveolus eröffnet. Der Eiter fliesst dann spontan ab. Jetzt muss der Abfluss gesichert werden, ohne dass jedoch die Höhle seitens der Mundhöhle einer neuen Infection ausgesetzt wird. Diesem Zwecke entspricht vollkommen ein von B. construirter Obturator aus vulkanisirtem Kautschuk, welcher die Höhle abschliesst, jedoch in der Mitte ein Loch besitzt, durch welches eine Metallcanüle in die Höhle geführt wird. Diese Canüle ist nach aussen durch einen Kautschukpfropf abgeschlossen und kann auch die Canüle leicht behufs Reinigung herausgenommen werden. Auf diese Weise wird die Höhle täglich mehrmals mit desinficirenden Flüssigkeiten ausgespült. B. erzielte durch sein Verfahren vollständige Heilung in relativ kurzer Zeit.

v. NAVRATIL.

41) **T. Heiman. Ein Fall von eitriger Entzündung des Antrum Highmori. Hirnabscess. Tod. (Przypadek zapalenia ropnego jamy Highmora i zatok crotowych. Ropieu mozgu. Smierc.)** *Medycyna. No. 50. 1897.*

Der Pat. wurde wegen Kopfschmerzen und intermittirenden Fiebers in die

innere Abtheilung des Krankenhauses aufgenommen. 6 Tage darauf entstanden stechende beiderseitige Ohrenschmerzen. Bei der Untersuchung wurde Exophthalmus dexter constatirt. Der Pat. war bewusstlos und cyanotisch, aber fieberfrei; er starb plötzlich nach hartnäckigem Erbrechen.

Bei der Autopsie wurde in der Fossa frontalis dextra zwischen der verdickten Dura und dem Knochen eine dicke Schicht Eiter aufgefunden. Im Lobus frontalis dexter ein Eiterherd von Taubeneigrösse; die Basis cranii mit Eiter bedeckt. Der Gehörapparat zeigte keine wesentliche Veränderung. Antrum Highmori, Sinus sphenoidalis reichlich mit grünem geruchlosem Eiter gefüllt, ebenso die Lamina cribrosa. Die Knochen der genannten Höhlen waren nicht pathologisch verändert. Obgleich keine Verbindung mit der Gehirnhöhle gefunden wurde, so glaubt Verf., dass der Hirnabscess einen nasalen Ursprung gehabt hat.

Der Eiter wurde bacteriologisch untersucht, es fand sich der Staphylococcus und der Diplococcus Fränkel.

A. v. SOKOLOWSKI.

42) **H. A. Lothrop. Empyem der Highmorshöhle. Eine neue Operation zur Heilung hartnäckiger Fälle. (Empyema of the antrum of Highmore. A new operation for the cure of obstinate cases.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 13. Mai 1897.*

Verf.'s Rath ist, in schweren Fällen die Wand zwischen Antrum und Nasenhöhle zum grösseren Theil abzutragen, so dass die Highmorshöhle ein offener Recessus der Nasenhöhle wird und eine Secretretention überhaupt unmöglich ist. Verf. beschreibt die Methodik der von ihm ausgeführten Operation und die Instrumente, die er für dieselbe benutzt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

43) **Georg Boenninghaus** (Breslau). **Die Resection der facialen und der nasalen Wand der Kieferhöhle mit Einstülpung von Nasenschleimhaut in die letztere zur Heilung hartnäckiger Empyeme.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Bd. VI. H. 2. 1897.*

B. beschreibt die Stellung seiner Methode zu den bisher üblichen Operationen und schildert die Technik des von ihm gewählten Eingriffes. Die wesentlichen Züge desselben nennt die Ueberschrift. Einmal wird, nachdem die Höhle durch die Küster'sche Operation bereits vom Munde aus freigelegt ist, auch die nasale Wand breit resecirt; sodann wird durch Einstülpung der Nasenschleimhaut gesunde Schleimhaut in die Höhle implantirt. Verf. giebt die Krankengeschichten dreier auf diese Weise behandelter Fälle und schliesst mit folgenden Sätzen:

1. In vielen Fällen von Kieferempyem führt die Behandlung von der natürlichen Oeffnung, von der Alveole oder vom unteren Nasengang aus zur Heilung.

2. Ein Theil der hierdurch nicht geheilten Fälle heilt noch nach der breiten Eröffnung der vorderen Wand vom Munde aus mit localer Auskratzung der Höhle. Das sind Fälle, in denen die Schleimhaut besonders nach Caries von Zähnen nur local erkrankt ist.

3. Ein anderer Theil aber heilt so nicht; es sind das Fälle, in denen die Schleimhaut diffus erheblich verändert ist. Hier muss nach breiter Eröffnung die Höhle vollständig ausgekratzt werden. Die jetzt gänzlich unbekleidete Knochen-

wand der Höhle kann aber meist nur zur Ueberhäutung gebracht werden, wenn nach Resection der nasalen Wand der Höhle die von der ersteren abgelöste Nasenschleimhaut in die Höhle implantirt wird. F. KLEMPERER.

44) **Alfred Kuhnert. Ueber die Differentialdiagnose zwischen Cysten und Antrumempyem.** Aus dem zahnärztlichen Institut der Kgl. Universität Breslau. — *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinologie. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Verf. berichtet über drei Fälle von Cysten des Antrum, bei denen der eitrig inficirte und spontan perforirte Cysteninhalt ein Empyem vortäuschte. Er bespricht die Entstehung der Cysten und erörtert ihre differentielle Diagnostik gegenüber dem Empyem. Eine wirkliche Aufblähung des Knochens mit Erhaltung seiner Contouren kommt nach K. nur bei Cysten und nie bei Empyem vor. Auch die Spontanperforation und Fistelbildung ist dem wirklichen Antrumempyem nicht eigen, sondern ist Zeichen einer Cyste mit secundär-eitriger Infection ihres Inhalts. Ist die Differentialdiagnose erschwert, so giebt nach der Operation die mikroskopische Untersuchung der die Höhle auskleidenden Membran bald entscheidende Aufklärung. Die Kieferhöhlenschleimhaut mit ihrem Flimmerepithel und den drüsigen Organen ist von der Cystenmembran deutlich unterschieden. Nach der Operation wird bei Cysten das eitrige Secret, das in diesem Falle mehr krümlig-eitrig ist, durch ein- oder zweimalige Ausspülung endgültig beseitigt; das mehr zähschleimig-eitrige Secret bei Empyem schwindet erst nach wochen-, monate- und selbst jahrelanger Behandlung.

Verf. stellt eine Reihe von Fällen zusammen, die als Fälle von Empyem publicirt worden sind, in denen es sich seiner Meinung nach um Cysten handelte.

F. KLEMPERER.

45) **Herbert Tilley. Einige Krankheiten der Kieferhöhle und ihre Behandlung. (Some diseases of the antrum and their treatment.)** *The Clinical Journal. 14. April 1897.*

Eine kurze Besprechung der anatomischen Verhältnisse der Kieferhöhle, ihrer Krankheiten und Therapie. Verf. empfiehlt die Exploration mittelst des Lichtwitz'schen Trocarts, die sehr einfach ist. ADOLPH BRONNER.

46) **Gaudier. Empyem der Kieferhöhle tuberculösen Ursprungs. (Empyème du sinus maxillaire d'origine tuberculeuse.)** *Rev. hebdomad. de laryngologie etc. No. 44. 30. October 1897.*

Die Pat. war hereditär belastet und selbst in leichtem Grade phthisisch. Der durch Punction aus der Kieferhöhle gewonnene Eiter enthielt Koch'sche Bacillen. Die durch die Probepunction gesetzte Oeffnung in der Alveole reichte nicht aus. Verf. verbreiterte dieselbe und kratzte die Höhle sorgfältig aus. Gegenwärtig besteht nur eine unbedeutende Fistel ohne nasalen Ausfluss. E. J. MOURE.

47) **L. J. Hammond. Hartes Fibrom der Kieferhöhle und Pyämie der Stirnhöhle. (Hard fibroma of the maxillary sinus with pyaemia of the frontal sinus.)** *Philadelphia Polyclinic. 7. August 1897.*

38jähriger Mann kann seit einigen Monaten nicht durch die linke Nasenseite

athmen und klagt seit 9 Wochen über Schmerzen in der linken Seite des Gesichts und der Stirn. Es bestanden Granulationen und eine ausgebreitete Nekrose der äusseren Nasenwand und eine Perforation nach der Kieferhöhle. Durch die Perforationsöffnung war eine feste Masse sichtbar, die das Antrum erfüllte. Nach Eröffnung der Kieferhöhle von aussen wurde die Geschwulst mittelst der Schlinge entfernt. Die Ursache der Erkrankung soll das Einathmen reizender Dämpfe beim chemischen Arbeiten gebildet haben.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

48) **W. Scheppegrell. Die Durchleuchtung bei Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. (Transillumination in diseases of the ear, nose and throat.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1897.*

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden der Durchleuchtnng und ihre practische Verwerthbarkeit.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

49) **L. B. Lockard. Die Durchleuchtung. Ihre Unzuverlässigkeit als diagnostisches Mittel bei Erkrankungen der Stirn- und Kieferhöhle. (Transillumination. Its fallacy as a diagnostic means in diseases of the maxillary and frontal sinuses.)** *N. Y. Medical Journal. 27. November 1897.*

Verf. kommt zu dem wohl allgemein angenommenen Schluss, dass die Durchleuchtung eine trügerische Untersuchungsmethode ist. Die Abweichungen der Nasennebenhöhlen von dem normalen Typus sind zu häufig, als dass man der Durchleuchtung grossen Werth beimessen dürfte. Ihre Resultate können die anderweitig bereits gesicherte Diagnose wohl stützen; doch ohne sonstige absolute Beweise für die Gegenwart einer Höhlenerkrankung darf man auf sie allein keine Diagnose aufbauen.

LEFFERTS.

50) **Paul Reynier** und **Jules Glover** (Paris). **Anatomisch-chirurgische Untersuchungen mittelst der Radiographie. Topographie der knöchernen Gesichts- und Schädelhöhlen. (Recherches anatomo-chirurgicales au moyen de la radiographie. Topographie des cavités osseuses de la face et du crâne.)** *Indépendance Médicale. 15. Juli 1897.*

Die leeren Stirn- und Kieferhöhlen sind bei der radiographischen Untersuchung transparent. Die Verff. scheinen anzunehmen, was vielleicht ein wenig verfrüht ist, dass die Untersuchung mittelst X-Strahlen für die Diagnose grössere Dienste leisten kann, als die bisher geübte Durchleuchtung.

PAUL RAUGÉ.

51) **E. L. Townsend. Drainage und Ausspülung der Kieferhöhle. (Drainage and irrigation of the antrum.)** *Southern California Practitioner. November 1897.*

Ist das Drainrohr kurz, so wird es leicht durch die sich bildenden Granulationen geschlossen; ist es lang, so lässt es die Secrete nicht ordentlich abfliessen. Deshalb empfiehlt Verf. die Perforationsöffnung fest zu tamponiren und nur vorübergehend für die Ausspülungen zu drainiren.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

52) **R. J. Wenner. Ein Instrument zur Drainage der Kieferhöhle durch den unteren Nasengang. (Instrument for draining maxillary sinus through the inferior meatus.)** *Cleveland Journ. of Med. September 1897.*

Das Instrument besteht aus einem verstellbaren Handgriff und einer $^7/_8$ Zoll langen Silbercanüle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

53) **E. M. Sympson. Bemerkungen über einen Fall von chronischer Glossitis superficialis dissecans. (Notes on a case of chronic superficial dissecting glossitis.)** *Brit. Med. Journal. 11. September 1897.*

21jähriger Mann, Nichtraucher und Abstinenzler, hatte seit 5—6 Jahren eine vergrösserte und belegte Zunge; dieselbe war glatt, dunkelroth und zeigte mehrere weisse leucomatöse Flecke, sowie tiefe Spalten an den Rändern. Die Zähne waren in gutem Zustande. Der Pat. erhielt 2 Monate lang Kali chloricum und später Eisen; die Zunge wurde mit Boraxglycerin und 2proc. Chromsäure gepinselt. Nach 3 Monaten war Heilung erzielt.

ADOLPH BRONNER.

54) **Morisot. Acute Abscesse der vorderen Hälfte der Zunge. (Des abscès aigus de la moitié antérieure de la langue.)** *Thèse de Bordeaux. Juni 1897.*

Verf. trennt 2 Gruppen: 1. die ganz circumscripten Abscesse, 2. die allgemeine eitrige Glossitis der vorderen Zungenhälfte; zur letzteren rechnet die eitrige Hemiglossitis. Dyspnoe und Dysphagie fehlen. Die Prognose ist günstig. Die Therapie besteht in Antisepsis des Mundes und sobald Eiter da ist, in der Incision.

E. J. MOURE.

55) **J. Sabrazès** und **P. Bousquet. Acute Macroglossitis durch Streptococcen. (Macroglossite aigue streptococcique.)** *Presse méd. 30. Juni 1897.*

39jährige Frau, nach einem Abort im 5. Monat mit Puerperalfieber ins Krankenhaus aufgenommen. Auskratzung. Es tritt eine Pleuritis auf und dann ganz plötzlich eine intensive Glossitis. Die Zunge schwillt auf das dreifache Volumen an, besonders an der Spitze; die Entzündungszone erstreckt sich bis an die V Figur. Die Kranke stirbt nach 3 Tagen an Herzcollaps.

Bei der Section findet sich doppelseitige Streptococcen-Pleuritis, Pneumonie, acute Nephritis und Endocarditis. Die Zunge ist stark geschwollen und infiltrirt mit multilobulären Leukocyten und proliferirenden fixen Zellen; die Muskelfasern sind dissociirt und fettig degenerirt; die Lymph- und Blutgefässe sind an der Entzündung betheiligt. In allen Theilen des entzündeten Zungengewebes lassen sich Streptococcen nachweisen.

Die Verff. erörtern die Natur der Zungenerkrankung; sie sehen von der Annahme eines echten Erysipels ab, weil es sich um eine Theilerscheinung allgemeiner Sepsis handelt. Statt Glossitis interstitialis oder parenchymatosa wollen sie die Affection als Macroglossitis bezeichnet wissen.

A. CARTAZ.

56) **Branet. Macroglossie. Lymphangiectasien des Mundbodens und der Gesichts- und Halsgegenden. Keilförmige Amputation der Zunge. Punction der Lymphangiome mit Pneumococcennachweis. Heilung. (Macroglossie. Lymphangiectasies du plancher de la bouche et des régions cervico-faciales. Amputation conoide de la langue. Ponction des lymphangiomes. Présence de pneumocoque. Guérison.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 11. November 1897.*

17 Monate altes Kind. Die Affection, die recidivirend und mit Fieberbewegungen auftrat, stand mit dem Zahnen in Zusammenhang. B. giebt in seiner Arbeit Photographien von dem Kinde vor und 3 Monate nach dem Eingriff.

E. J. MOURE.

57) **M. J. Lohéac. Zwei Fälle von schwarzer Zunge. (Two cases of black tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1897.*

Die mikroskopische Untersuchung zeigte in dem Centrum der Villositäten, die die schwarzen Flecke zusammensetzten, verschiedene Microorganismen, besonders Leptothrix, ferner Sporen, die denen von Trichophyton ähnlich waren.

Die Behandlung bestand im Wesentlichen im Abschaben. Gewöhnlich genügte ein einmaliger Eingriff. Da der Mund nahezu stets in diesen Fällen sauer reagirte, schienen alkalische Mundwässer angezeigt.

LEFFERTS.

58) **H. N. Moyer. Hemiatrophie der Zunge. (Hemiatrophy of the tongue.)** *N. Y. Med. Journal. 7. August 1897.*

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass die Ursache der Erkrankung eine Schussverletzung war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **A. Evans. Ein Fall von Zerreissung der Zunge. (Case of laceration of the tongue.)** *Lancet. 7. August 1897.*

Ein Knabe, der von einem Fussball auf den Mund getroffen wurde. Mehrere Zähne brachen ab und drangen in die Zunge ein. Die Blutung war nicht erheblich, überhaupt keine grössere Störung.

ADOLPH BRONNER.

60) **Broca** (Paris). **Geschwulst der Zunge. (Tumeur de la langue.)** *Société de Chirurgie. 28. Juli 1897.*

Der von B. beobachtete Tumor wurde ausschliesslich durch eine Hypertrophie der Sublingualdrüsen verursacht.

PAUL RAUGÉ.

61) **Brocq** und **L. Bernard** (Paris). **Hämato-Lymphangiom der Zunge und des Gaumensegels. (Hématolymphangiome de la langue et du voile du palais.)** *Soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. 11. November 1897.*

Vorstellung eines 17jährigen jungen Mannes, der links hinten an der Zunge eine angeborene indolente Geschwulstmasse hat. Dieselbe zeigt eine Reihe durchscheinender Buckel, andere sind dunkelblau vom Aussehen der Naevi vasculosi.

Der Kranke, der mit Ignipunctur vergeblich behandelt war, erfährt durch Electrolyse erhebliche Besserung.

PAUL RAUGÉ.

62) **F. Pendl** (Wien). **Ueber ein congenitales Rhabdomyom der Zunge.** *Prager Zeitschr. f. Heilkunde. XVIII. Bd. Heft VI.*

P. nimmt an, dass in diesem Falle eine irreguläre Anlage der Zungensubstanz vorhanden war, indem ein Theil der Anlage abgetrennt wurde und nicht der gemeinsamen Entwickelung folgte, wobei seiner Entwickelung kein Wachsthumsgesetz entgegenstand.

CHIARI.

63) **O. A. M. Mac Kimmie. Hypertrophie der Zungentonsille und ihre Behandlung. (Hypertrophy of the lingual tonsil and its treatment.)** *Virginia Med. Monthly. 13. August 1897.*

Zur Behandlung geringer Hypertrophien benutzt Verf. das Argentum nitricum.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

64) **James J. Brown. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 25. December 1897.*

Verf. beschreibt das Aussehen der hypertrophischen Zungentonsille. Man sieht gerade vor der Epiglottis eine eigenartig glänzende, rauhe, mit unregelmässigen Knötchen durchsetzte Masse, zum Theil mit Schleim bedeckt. In der Mittellinie eine Furche, die das centrale Zungenband darstellt; bisweilen ist dieselbe nicht deutlich. Die Epiglottis ist congestionirt und nach hinten gebeugt, Häufig zeigt der Zungengrund varicöse Venen; die Symptome sind dann schwerer.

Die Behandlung ist sehr verschiedenartig; es handelt sich darum, die Wucherungen zu zerstören; am besten eignet sich der Galvanocauter.

LEFFERTS.

65) **Dubourdieu. Gutartige Geschwülste der Zungenbasis und einige andere Affectionen derselben Region von gutartigem Aussehen. Syphilom, Hypertrophie der Zungenmandel, Mykose. (Des tumeurs benignes de la base de la langue et de quelques autres affections à allure bénigne de la même région. Syphilome, hypertrophie de l'amygdale linguale, mycosis.)** *Thèse de Bordeaux. Juli 1897.*

Ausser den obengenannten Affectionen bespricht Verf. das Papillom, Adenom, die Cysten, das Lipom, Myxom, Angiom, Chondrom etc. Die Symptome betreffend Schlucken, Athmung, Phonation, Husten, Nausea, Dyspnoe etc. sind gering oder fehlen ganz.

E. J. MOURE.

66) **Verelely László. Dermoidgeschwülste in der Mundhöhle.** *Gyógyászat. 42. H. 1897.*

Verf. hatte Gelegenheit, bei einem vierjährigen Knaben aus der Zunge eine Dermoidgeschwulst zu exstirpiren. Die Geschwulst sass links nahe an der Zungenbasis und hinderte das Kind am deutlichen Sprechen. Die Entfernung gelang in Chloroformnarkose ohne grössere Schwierigkeiten. Heilung erfolgte in 12 Tagen. Bei einem 17jährigen Mädchen entfernte V. eine unter der Zungenspitze sitzende Dermoidcyste, welche einer grösseren Ranula täuschend ähnlich sah. Erst bei der Operation wurde die Dermoidcyste erkannt. Heilung erfolgte nach 14 Tagen.

Dermoidcysten der Mundhöhle kommen im Allgemeinen, namentlich bei Kindern, selten zur Beobachtung.

v. NAVRATIL.

67) **J. Seldowitsch. Eine überzählige Schilddrüse an der Zungenwurzel. (A supernumerary thyreoid gland on the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Mai 1897.*

14jähriges Mädchen mit einer rundlichen, glatten, ziemlich festen Geschwulstmasse von etwa Kirschgrösse, die an der Zungenwurzel auf dem Foramen coecum gelegen war. Dieselbe war gestielt und obstruirte den Schlund, so dass Schluckbeschwerden bestanden. Ueber den Ursprung der Geschwulst konnte das im Uebrigen gesunde Mädchen nichts aussagen; die Beschwerden datirten seit einigen Monaten.

Nebenschilddrüsen, die sonst am Halse nichts Ungewöhnliches sind, kommen an der Zungenwurzel nur sehr selten vor; Verf. konnte in der Literatur nur 4 Fälle finden (Ref. hat 2 Fälle gesehen, die beide nicht publicirt sind).

LEFFERTS.

68) **Pilliet. Leucoplasie der Zunge und Epitheliom. (Leucoplasie linguale et epithelioma.)** *Soc. anatom. Paris. 9. Juli 1897.*

Nichts Neues. Entwickelung eines Krebses auf einer Leukoplasie der Zunge.

A. CARTAZ.

69) **Davies Colley. Extensive maligne Erkrankung der Zunge und des Schlundes. Operation. Heilung. (Extensive malignant disease of the tongue and fauces; removal; recovery.)** *Lancet. 8. Mai 1897.*

Die rechte Wange wurde bis hinten zum Weisheitszahne durchschnitten. Mit der Scheere wurden Theile vom Zahnfleisch, der vordere Gaumenbogen, die rechte Tonsille, ein Theil des weichen Gaumens und nahezu die ganze Zunge abgetragen. Die Laryngotomie war nicht nöthig. 17 Tage nach der Operation befand sich der Pat. ganz wohl. Spätere Daten fehlen.

ADOLPH BRONNER.

70) **Le Dentu** (Paris). **Operative Technik der Zungenamputation. (Manuel opératoire de l'amputation de la langue.)** *Bulletin Médical. 25. Juli 1897.*

Die Operationen an der Zunge sind erschwert einmal durch die starke Vascularisation ihres Gewebes und zweitens, weil das Organ so tief und hinter dem Unterkiefer versteckt gelegen ist.

Gestatten Lage und Ausdehnung eines Zungentumors seine Entfernung per vias naturales nicht, so stehen dem Chirurgen mehrere Wege offen:

a) der Weg durch die Backe (Methode von Jaeger);

b) der Weg von der Regio submaxillaris und suprahyoidea;

c) der transmaxillare Weg nach Sedillot (Spaltung des Knochens in der Mittellinie) oder nach Langenbeck (seitliche Durchtrennung des Kiefers).

Keine dieser Methoden verdient vor den anderen den Vorzug; jede hat ihre besonderen Indicationen, die Verf. eingehend erörtert.

Zur Operation im Zungengewebe selbst ist in erster Linie die galvanische Schlinge zu empfehlen. Zur Vorbereitung resp. Ergänzung der Operation ist die Ligatur der Art. linguales bisweilen gerechtfertigt; dagegen verwirft Verf. die Tracheotomie. Die Operation an der Zunge wird durch die Fixirung derselben erleichtert; Verf. fasst sie in ihrer ganzen Breite mit langen Klemmen nach Péan.

PAUL RAUGÉ.



71) **H. W. Wandless. Ein neuer Zungenherabdrücker. (A new tongue depressor.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1897.*

Viel Neues scheint an dem Instrument, das grosse Aehnlichkeit mit einem gewöhnlichen Theelöffel bietet, nicht zu sein.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

72) **Joseph Nicolas** und **Paul Courmont** (Lyon). **Untersuchung über die Leucocytose bei der experimentellen Vergiftung und Immunisirung mit Diphtheriegift. (Etude de la leucocytose dans l'intoxication et l'immunisation expérimentale par la toxine diphthérique.)** *Province Médicale. 10. Juli 1897.*

Beim Kaninchen erzeugt die Intoxication mit Diphtheriegift oft eine Hyperleukocytose, deren Grad mehr von der Empfänglichkeit des Thieres, als von der injicirten Dosis abhängig zu sein scheint.

Bei Pferden dagegen konnten die Verff. während aller Phasen eines langen Immunisirungsversuches niemals einen nennenswerthen Wechsel in der Zahl der Leukocyten constatiren.

Aus diesen widersprechenden Resultaten scheint sich kein Schluss ziehen zu lassen. Die Verff. folgern indessen, dass die Hyperleukocytose, die die Bedeutung eines Symptoms der Vergiftung hat und die gleichzeitig ein Vertheidigungsmittel des Organismus darstellt, für die Immunisirung nicht nothwendig ist.

PAUL RAUGÉ.

73) **C. H. Lemoine** (Paris). **Die Virulenz des Loeffler'schen Bacillus in ihren Beziehungen zu den klinischen Formen der diphtheritischen Angina. (Virulence du bacille de Loeffler dans ses rapports avec les formes cliniques de l'angine diphthéritique.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 25. Juni 1897.*

L. sucht den Gegensatz auszugleichen, der seit einiger Zeit zwischen der bakteriologischen und der klinischen Anschauung sich geltend macht und der darin gipfelt, dass Anginen, die nach der bakteriologischen Untersuchung sehr schwer zu sein scheinen, sich in ihrer klinischen Entwickelung bisweilen sehr gutartig gestalten. Verf. hat eine grosse Anzahl von Anginen nach beiden Richtungen hin studirt und constatirt, dass bei allen schweren Formen, denen, die klinisch dem altgewohnten Bilde der echten Diphtherie entsprechen, auch die Cultur im Experiment einen sehr hochen Grad von Virulenz aufweist. Anzuerkennen ist freilich, dass der Grad der Virulenz nicht regelmässig ein Maass für die Schwere der Erkrankung ist. Allein der Widerspruch ist nur ein scheinbarer. Wenn gelegentlich ein stark virulenter Bacillus eine leichte Angina erzeugt und umgekehrt, so sind dabei eine ganze Reihe von Factoren noch in Rechnung zu ziehen, das Vorhandensein anderer Bakterien (Streptokokken, Staphylokokken, Colibacillen), deren Virulenz doch auch eine sehr wechselnde ist, die verschiedene Reichlichkeit der Mikroorganismen, endlich die verschiedene Disposition der erkrankten Individuen. So ist beispielsweise eine Infection mit gleich virulenten Erregern beim Kinde schwerer, als beim Erwachsenen.

Verf. kommt zum Schluss, dass die einfache Untersuchung des Kranken im Allgemeinen ausreichend ist, da das Krankheitsbild thatsächlich nur ein symptomatischer Ausdruck dessen ist, was die experimentelle Untersuchung im Laboratorium enthüllt.

PAUL RAUGÉ.

74) **H. Barbier** (Paris). **Virulenz des Loeffler'schen Bacillus. (Virulence du bacille de Loeffler.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 2. Juli 1897.*

Als wichtig für die bakteriologische Untersuchung verlangt Verf., dass man nicht allein die Pseudomembran, sondern auch die anderen Krankheitsproducte (seröse oder muco-purulente Exsudationen) auf Serum, Gelatine etc. aussät, und zweitens, dass man die Culturen spätestens nach 24 Stunden untersucht, da sonst gewisse Mikroben durch ihr stärkeres Wachsthum andere unterdrücken.

Ausdruck der Virulenz ist das verschieden lange Ueberleben der geimpften Meerschweinchen. Man bezeichne die Virulenz als $^1/_3$, $^1/_5$, $^1/_{10}$, je nachdem das Thier nach 3, 5, oder 10 Tagen erliegt.

Bezüglich der Mikroben-Associationen weist Verf. darauf hin, dass man das einfache Nebeneinanderbestehen (Coexistenz) und die eigentliche Association, die eine Symbiose zusammenwirkender Bakterien bedeutet, auseinander halten muss.

PAUL RAUGÉ.

75) **Sevestre** (Paris). **Diphtheriesterblichkeit im Pavillon Trousseau. (Mortalité par diphthérie au pavillon Trousseau.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 23. Juli 1897.*

Die Sterblichkeit betrug insgesammt bei 853 Kranken 17,24 pCt. Rechnet man die in den ersten 24 Stunden ad exitum Gekommenen ab, so reducirt sich die Mortalität auf 12,29 pCt.

Da einige Fälle nachträglich als nicht-diphtheritische Anginen erkannt wurden, steigt die Gesammtmortalität auf 18,56 pCt.

Croupfälle kamen 388 vor; 218 wurden intubirt, die Mortalität betrug 32,56 pCt.

PAUL RAUGÉ.

76) **Marfan** (Paris). **Diagnose der Diphtherie. (Diagnostic de la diphthérie.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 23. Juli 1897.*

a) Bei pseudomembranösen Anginen soll man a priori die Diagnose auf Diphtherie stellen und eine Seruminjection machen, ehe man noch die bakteriologische Untersuchung vornimmt.

b) Bei folliculären Anginen soll man im Allgemeinen erst Serum injiciren, wenn die bakteriologische Untersuchung die diphtheritische Natur der Erkrankung erwiesen hat.

PAUL RAUGÉ.

77) **B. W. Abbott. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Journal of Med. and Science. Juni 1897.*

Verf. hält Croup und Diphtheritis für ein und dieselbe Erkrankung; bei Diphtheritis bildet sich die Membran im Schlund und Hals, bei Croup in der Trachea.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

78) **Golay** (Genève). **Ueber einen Fall von langausgedehnter Diphtherie, 362 Tage. (A propos d'un cas de diphthérie prolongée.)** *Revue méd. Suisse rom. 11. 1897.*

Bis zum 362. Tage wurden bei einem krank gewesenen Knaben Löffler-sche Bacillen aufgefunden und die Evacuation der übrigen Kinder mit allen daraus folgenden häuslichen Störungen unterhalten! JONQUIÈRE.

79) **J. C. Wilson. Die moderne Therapie der Diphtheritis. (The modern treatment of diphtheria.)** *Med. Age. 10. Mai 1897.*

Nichts von Bedeutung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

80) **A. A. Nefe. Die medicamentöse Behandlung der Diphtherie. (The medical treatment of diphtheria.)** *The Med. Times and Register. 4. Sept. 1897.*

Verf. behandelt mit Sanguinaria Nit., Vinegar, Terpentin und Brandy innerlich und rühmt sich, dass er mit dieser Therapie nur 5 Todesfälle unter über 300 Fällen hatte. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

81) **J. M. Gaston. Calomel als Specificum gegen Diphtherie. (Calomel a specific for diphtheria.)** *Medical Standard. Februar 1897.*

G. hält das Calomel für ein specifisches Mittel.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

82) **G. A. Hamman. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Med. Herald. Juli 1897.*

H. verwendet Wasserstoffsuperoxyd, Stimulantien und Serum.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

83) **Tavel** (Bern). **Ueber die Zubereitung, Aufbewahrung und Anwendung des diphtheritischen Heilserums des bacteriologischen Institutes Bern.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 20 u. 21. 1897.*

Eine klare, eingehende Besprechung des für die practischen Aerzte sehr lehrreichen Gegenstandes. Sie enthält die wissenschaftliche Begründung aller bezüglichen Regeln, welche im Original studirt werden müssen. Die Berechnung der Zubereitung ist folgende: 0,1 ccm Toxin ist die „Normalgiftdose", d. h. diejenige minimal tödtliche Dose, welche ein Meerschweinchen von 250 g in 3 bis 4 Tagen tödtet. Man arbeitet nun aber zur Ausschaltung der individuellen Eigenthümlichkeiten der Thiere nicht mit der minimalen tödtlichen, sondern mit der 10fach tödtlichen Dosis, also mit 1,0 ccm statt mit 0,1 ccm Toxin. Genügt 0,1 ccm Serum zur Neutralisation von 1,0 ccm Toxin, so wird es „Normalserum" genannt und man sagt 1,0 ccm Serum enthalte 1 Antitoxin-Einheit (AE). Nun wendet man practisch nicht Normalserum, sondern 100- und 200faches etc. Serum an. Dann enthält 1,0 ccm 100fach Serum 100 AE, 10,0 ccm enthalten 1000 AE u. s. w. — T. ist selbstverständlich für die energische Dosirung der Injectionen: von vornherein 500 AE am ersten Tage der Krankheit bei mässigem Grade der Erscheinungen, 1000 AE vom Beginne des zweiten Tages an, 2000 AE bei Croup und Mischinfectionen, phlegmonösen und septischen Formen. Bei zögernder Besse-

rung Wiederholung der Einspritzung; zur Prophylaxe 150—200 AE. Die Nebenwirkungen des Serums, die Exantheme und die Albuminurie sind von keiner Bedeutung. Die Unterlassung der rechtzeitigen Injection ist als Kunstfehler strafbar.

JONQUIÈRE.

84) **Revilliod** (Genf). **Behandlung des Asthma nervosum mit Diphtherieserum. (Traitement de l'asthme par le serum antidiphthérique.)** *Revue méd. Suisse rom. 11. 1897.*

Der Kliniker R. kommt von humoralpathologischen Gesichtspunkten aus darauf, das Serum neben die Jodalkalien als auf die Bronchien ausscheidend wirkenden Mittel zu stellen. Er reiht das Asthma unter die Diathesen, welche die Ernährungs- und Eliminationsvorgänge verlangsamen und durch beschleunigende Ausscheidungsmittel heilend beeinflusst werden. Das Serum löst Membranen ab und verhindert die Verbreitung derselben, verändert die Vitalität der Schleimhäute, leitet auf die Haut ab durch Exantheme, ähnlich wie das Jod u. s. w.

R. zählt 7 Fälle auf, von denen 3 ältere Fälle dauernd geheilt, 1 andauernd und 3 bei ungenügend langer Dauer der Behandlung nur vorübergehend gebessert wurden. Der Haupterfolg trat bei einem 24jährigen Manne mit heftigen, fast täglichen Anfällen, die seit 6 Jahren datirten, auf. 10 Injectionen von je 10,0 ccm brachten dauernd Heilung seit $1^1/_2$ Jahr. Die weniger alten Fälle wurden mit 3—6 Injectionen geheilt.

Diese Behandlung wäre verlockend einfach und darf bei der Zuverlässigkeit des Autors wohl nachgeprüft werden.

JONQUIÈRE.

85) **Poperna** (Plotz). **Erfolge der Heilserumbehandlung bei Diphtherie.** Berner Dissertation. Bern 1897 bei Iseli und Jensen.

Material des Züricher Kinderspitals. Hauptschlüsse: Bei allen 142 mit Serum behandelten Fällen war Mischinfection mit Strepto-, Staphylo- und anderen Kokken. 11 Todesfälle.

Durchschnittlich konnten die Bacillen während 20 Tagen nachgewiesen werden; nach dem vollständigen Verschwinden der Beläge durchschnittlich 15 Tage lang (3—33). Die sehr günstige Wirkung des Serums konnte man auch bei den Tracheotomirten und Intubirten beobachten. Die Zeitdauer der Intubation wurde auf 22 Stunden herabgesetzt.

JONQUIÈRE.

86) **J. H. van Eman. Die Serumtherapie bei Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Kansas City Med. Index. Januar 1897.*

10 Fälle mit 1 Exitus letalis.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

87) **R. L. Gillispie. Die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Med. Sentinel. April 1897.*

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die die Aerzte in Portland, Oregon mit dem Serum gemacht haben. Er giebt eine sehr günstige Statistik.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

88) **J. L. Taylor. Fälle aus der Diphtherie-Abtheilung des City und County Hospital. (Cases from the diphtheria ward of the City and County Hospital.)** *Northwestern Lancet. 15. Mai 1897.*

Von 37 mit Serum behandelten Fällen starben 4.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

89) **R. B. Murphy. Klinischer Bericht über die Serumbehandlung bei Diphtheritis. (A clinical report on the treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Med. Fortnightly. 15. Juli 1897.*

Tabellarischer Bericht über 37 Fälle. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

90) **W. Flitcroft. 57 Fälle von Diphtherie mit Serum behandelt. Klinische Notizen über die schwersten Fälle. (57 cases of diphtheria treated with antitoxin. Clinical notes of gravest cases.)** *Med. Fortnightly. 15. September 1897.*

5 Todesfälle. Ueber 8 Fälle sind nähere Mittheilungen gemacht.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

91) **T. J. Elterich. Die Behandlung der Kehlkopfdiphtherie mittelst Serum und Intubation. (The treatment of laryngeal diphtheria by antitoxin and intubation.)** *The Pennsylvania Med. Journal. September 1897.*

Tabellarischer Bericht über 16 Fälle mit 4 Todesfällen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

92) **S. A. Spilman. Diphtheritischer Croup mit besonderer Berücksichtigung der Intubation. (Diphtheritic croup with special reference to intubation.)** *Jowa Med. Journ. Juli 1897.*

18 Fälle bekamen Serum; davon kamen 8 zur Heilung. Von 13 ohne Serum behandelten heilten 5. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

93) **F. W. Taylor. Ein Fall von Intubation bei einem Kind von 4 Monaten und 10 Tagen. (A case of intubation at the age of four months and ten days.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 2. September 1897.*

Der Fall bietet ausser dem jugendlichen Alter nichts Bemerkenswerthes; die Kehlkopfstenose war durch Diphtherie verursacht. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

94) **C. B. Stevens. Bericht über 40 Fälle von Intubation. (Report of 40 cases of intubation.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 16. September 1897.*

Die Tabelle der 40 Fälle umfasst: 22 Intubationen in der Privatpraxis unter gleichzeitiger Serumanwendung mit 8 Todesfällen. 6 Intubationen im Krankenhaus (Isolirstation) ohne Todesfall. Ferner 2 private Fälle ohne Serum, beide tödtlich endend. Schliesslich 10 Fälle nicht diphtheritischer Natur mit 3 Todesfällen. Insgesammt 40 Intubationen mit 13 Todesfällen, = 32,5 pCt. Mortalität.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

95) **Max Scheier** (Berlin). **Die Verwerthung der Röntgen-Strahlen für die Physiologie der Sprache und Stimme.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhin. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Verf. hat auf dem Schirmbilde die Bewegungen der Lippen, der Zunge, des Gaumensegels und des Kehlkopfes bei der Bildung der verschiedenen Vocale und Consonanten studirt. Die interessanten Beobachtungen, die er gemacht hat, können hier im Einzelnen nicht wiedergegeben werden. Sie bringen in viele Fragen der Physiologie der Stimme und Sprache weitere Einsicht und lassen erkennen, dass die X-Strahlen auch im Stande sind, in pathologischen Fällen der Stimme und Sprache die betreffenden Störungen „präciser festzustellen".

F. KLEMPERER.

96) **Marichelle** et **Hémändiquer. Untersuchung über die Töne der Sprache mit dem Phonographen. (Etude des sons de la parole par le phonographe.)** *Acad. des Sciences. 29. November 1897.*

Die Verff. haben die Untersuchungen von Hermann, Boeke und Pipping über die Streifen des Phonographen wieder aufgenommen und photographische Aufnahmen derselben gemacht. Sie kommen zu folgenden Schlüssen:

a) Jeder Vocal unterscheidet sich durch invariable Charaktere, die ihm seine Individualität verleihen.

b) Diese unterscheidenden Charaktere finden sich in den verschiedenen Einflüssen wieder, die auf die Form der Perioden einwirken (Höhe, Intensität, Intonation, individuelle Bildung der sprechenden Person).

c) Die Intensität des Tons nimmt ab von den offenen Vocalen zu den entsprechenden geschlossenen.

d) Die tiefen Töne bringen bei gleicher Anstrengung weniger tiefe Streifen hervor, als die hohen.

PAUL RAUGÉ.

97) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Ein neues Laryngostroboskop.** *Fränkel's Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Verf. giebt die Beschreibung und Abbildung eines Laryngostroboskops, das den von Oertel aufgestellten Anforderungen in allem entspricht, aber von dem Oertel'schen Instrumente sich durch seine Kleinheit und relative Einfachheit unterscheidet.

F. KLEMPERER.

98) **A. Musehold. Stroboskopische und photographische Studien über die Stellung der Stimmlippen im Brust- und Falsettregister.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Verf. erörtert ausführlich das Princip des Stroboskops und bespricht die von Oertel, Koschlakoff und Simanowski angestellten stroboskopischen Untersuchungen über die Stimmbandschwingungen. Er beschreibt dann den Apparat,

mit dem er selbst gearbeitet hat. Das Laryngostroboskop bestätigte ihm, was er früher bereits durch seine photographischen Untersuchungen erkannt hatte, dass im Brustregister die Glottis durch die Bewegung der Stimmlippen abwechselnd „geöffnet und geschlossen" wird, im Falsettregister aber auch bei der grössten gegenseitigen Annäherung der Stimmlippen in der Form eines mehr oder weniger schmalen Spaltes offen bleibt, d. h. durch die Schwingungen der Stimmlippen abwechselnd „erweitert und verengert" wird. Durch zahlreiche Abbildungen illustrirt Verf. seine interessanten Darlegungen. F. KLEMPERER.

99) **G. H. Maknen. Ein Fall von Fistelstimme. (A case of eunuchoid voice.)** *Philad. Polyclinic. 23. October 1897.*

17jähriger junger Mann. Beim Phoniren wurde durch eine starke Contraction der Gaumen-Rachenmuskel der gesammte Kehlkopf hoch in den Hals hinauf gezogen. Um diesem Zug entgegenzuarbeiten wurde mit dem auf den Zungengrund bis zur vorderen Fläche der Epiglottis gelegten linken Zeigefinger und dem auf die Oberfläche des Schildknorpels aufgelegten rechten Zeigefinger ein starker Druck nach unten ausgeübt. Während der Kehlkopf auf diese Weise festgehalten wurde, musste der Patient „ah" sagen. Nach mehrfacher Wiederholung dieser Uebung lernte er es, die Stellung seines Larynx selbst zu controliren, und nach 2 Wochen konnte er mit gutem Brustton sprechen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

100) **Bonnes. Die Eunuchenstimme und ihre Behandlung. (De la voix eunuchoide et de son traitement.)** *Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 46 und 47. 13. u. 20. November 1897.*

Die Eunuchenstimme ist eine einfache Angewohnheit, die der Patient aus psychischen Ursachen erworben hat. Der Larynx ist dabei normal entwickelt. Die Behandlung, die nur 24—48 Stunden Zeit erfordert, besteht in der Abgewöhnung der Fistelstimme und der Einübung der natürlichen. E. J. MOURE.

101) **E. Kraus** (Paris). **Eine neue Theorie und eine neue Behandlungsmethode der Fistelstimme.** Vortrag, gehalten in der Pariser Académie de Médecine am 7. December 1897. — *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 51. 1897.*

102) **Kraus. Pathogenese und Behandlung der Eunuchenstimme. (Pathogénie et traitement de la voix eunuchoide.)** *Académie de Médecine. 7. December 1897.*

Nach K. handelt es sich bei diesem Fehler weder um einen Krampf der Kehlkopfmuskeln, noch um atactische Bewegungen. Die Eunuchenstimme ist vielmehr eine Folge der Mutation. Es liegt ein Missverhältniss zwischen dem Wachsthum der Kehlkopfknorpel und dem der Stimmbänder vor. Während der Dauer der Mutation ist dieses Missverhältniss normal, nach beendeter Mutation aber schwindet es gewöhnlich. In gewissen Fällen aber schwindet es nicht oder doch nicht vollständig. Die Patienten theilt K. nach dem Grade ihres Leidens ein in

a) solche, die nur mit Fistelstimme sprechen können;
b) solche, die gewöhnlich mit Fistelstimme sprechen, bei besonderer Auf-

merksamkeit aber und mit Anstrengung eine Zeit lang Bruststimme produciren können;

c) solche, die für gewöhnlich normal sprechen, sobald sie aber die Stimme erheben, Fisteltöne haben.

Die Behandlung ist eine Art Orthopädie des Larynx. K. verwendet einen Apparat, den er Redresseur des Kehlkopfs nennt und der den Entwicklungsfehler des Larynx corrigiren soll.

K. vermochte Fälle, die jahrelang vergeblich behandelt waren, nach seiner Methode in wenigen Tagen von ihrer Fistelstimme befreien. PAUL RAUGÉ.

103) **E. N. Maljutin** (Moskau). **Die Ausbildung der Stimme durch Stimmgabeln und die Anwendung dieses Verfahrens zur Heilung der Parese der Stimmbänder.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. VI, 2. p. 193. 1897.*

Verf. beobachtete, als er gelegentlich von Gehörprüfungen wiederholt Töne im Einklange mit der Stimmgabel sang, dass seine Stimme helltönender und metallischer wurde. Er prüfte danach systematisch an sich und anderen die Wirkung tönender Stimmgabeln auf die Stimme und glaubt, dass sich die Stimmgabeln zur Besserung und Ausbildung der Stimme werden verwerthen lassen. Er erklärt die Wirkung der Stimmgabeln mechanisch, ihre Schwingungen theilen sich den Stimmbändern mit. Zum Schluss berichtet Verf. über einen mittelst der Stimmgabeln geheilten Fall von hysterischer Aphonie. F. KLEMPERER.

104) **F. C. Ewing. Die Hygiene der Stimme bei Kindern. Rathschläge zur Besserung der Tonbildung. (The hygiene of the child's voice. A plea for excellence in tone.)** *Med. Review. 9. October 1897.*

Die Ursachen für die unvollkommene Tonbildung bespricht Verf. in drei Abschnitten:

1. Die pathologischen Zustände der Stimmorgane.
2. Die Störungen der allgemeinen Gesundheit.
3. Der falsche Gebrauch der Stimme.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

105) **W. Hallock** und **F. S. Muckey. Stimmanstrengung und ihre Verhütung. (Vocal strain and its prevention.)** *Journal of Eye, Ear and throat diseases. Januar und April 1897.*

Die Verff. besprechen die Resultate der Untersuchung des Stimm-Mechanismus mittelst Kehlkopfspiegel und Photographie. Sie rechnen den Stimmapparat zu den Saiten-Instrumenten und halten die „Sängerknötchen" für eine Phantasie („fad"). Sie selbst konnten nie solche erkennen und nehmen an, dass die angeblichen Knötchen bei sorgsamer Untersuchung sich als nichts anderes, als Schleimansammlungen herausstellen würden. [Das ist stark! Red.] Weiter findet sich die Behauptung, dass die Theorie von Curtis ganz falsch ist und dass die Stellung der Stimmbänder, wie er sie in seinem Buche abbildet, eine physikalische Unmöglichkeit ist. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

106) **Courtade. Stimmstörungen nasopharyngealen Ursprungs bei Sängern. (Des troubles de la voix d'origine naso-pharyngienne chez les chanteurs.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 6. 1897.*

Gewisse entzündliche Zustände der Nasen- und Rachenschleimhaut können bei Sängern den Verlust der hohen Töne zur Folge haben, ohne dass eine Veränderung des Stimmorgans selbst sichtbar ist. Verf. bezieht sich in seiner Arbeit auf 5 derartige Beobachtungen. E. J. MOURE.

107) **F. S. Muckey. Einige Irrthümer in Bezug auf die Singstimme. (Some fallicies in regard to the singing voice exposed.)** *Pacific Medical Journal. März 1897.*

Verf. ist der Ansicht, dass das Werk von Curtis über die „Stimmbildung und Tongebung“ (Voice building and tone placing) voller Absurditäten und Irrthümer ist. Er kritisirt die Curtis'schen Theorien und bespricht die Gesetze der Schwingung von Saiten, Pfeifen und Flöten. Nach seiner Meinung ist das Stimmorgan ein Saiteninstrument. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

108) **P. Hellat. Theorie der abdominal-diaphragmatischen Athmung beim Singen. (Meorija grudobruschno-pregradnawo diehanija pri penii.)** Vortrag, gehalten in der laryngol. Section des XII. internationalen Congresses zu Moskau. *Wratsch. No. 51. 1897.*

Die Empirie hat von jeher die Abdominalathmung beim Singen bevorzugt. Eine theoretische Erklärung dieser Athmungsart versuchte als erster Maude zu geben. Er glaubte an eine geringere „lutte vocale“ bei der Unterleibsathmung; Merkel dagegen erfand die Regulirtheorie des Zwerchfelles. Beide Theorien sind bisher allgemein gültig und werden auch in Schulbüchern für Gesangsunterricht — vielfach freilich ganz entstellt — wieder gegeben. H. hält weder die eine noch die andere für genügend physiologisch begründet. Er stellt eine eigene Theorie auf. Nach H. handelt es sich bei der abdomino-diaphragmatischen Athmung um günstigere Resonanzverhältnisse des Brustkorbes und der Lungen, ferner um ein grosses Anpassungsvermögen der Abdominalmuskeln, welche hierbei die Hauptrolle spielen und endlich um geregelte Kraftübertragung auf die Luftsäule und die Stimmbänder. Autoreferat.

109) **A. Buiseret. Ueber periphere Ursachen der Sprachfehler und deren Behandlung. (Des causes périphériques des troubles du langage et de leur traitement.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 31. 1897.*

Der Autor unterscheidet zwischen Sprachfehlern a) centralen Ursprungs; b) solchen, welche von einer schlechten Ausbildung der Sprache herrühren; und c) solchen, welche bedingt sind durch Unregelmässigkeiten und Störungen, die ihren Sitz in den Endorganen der Sprache haben; die letzteren nun unterzieht er einer eingehenden Besprechung. BAYER.

110) **Wl. Oltuszewski. Der fünfte Beitrag zur Lehre über Sprachanomalien. (Piaty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy.)** *Medycyna. No. 47, 48, 49. 1897.*

Im Laufe des Jahres wurden vom Verf. in seiner Anstalt 217 entsprechende Fälle beobachtet, die er genau beschreibt. Ausführlich wird die sogenannte Aphonia spastica besprochen. Auf eine Reihe derartiger Erkrankungen sich stützend, glaubt Verf., dass diese Krankheit nur eine Kategorie des Stotterns bildet; sie soll bei entsprechender Therapie ziemlich günstige Erfolge liefern.

v. SOKOLOWSKI.

111) **Wl. Oltuszewski. Allgemeine Betrachtungen über Sprachstörungen. (Ogólne uwagi o zboczeniach mowy.)** *Gazeta lekarska. No. 51. 1897.*

Verf. bespricht die Sprachstörungen auf Grund von 880 in seiner Anstalt im Laufe von 5 Jahren beobachteten Fällen vom ätiologischen, klinischen und therapeutischen Standpunkte. Er weist auf den Zusammenhang der Sprachheilkunde mit der Psychiatrie, der Neuropathologie und der Laryngo-Otiatrie hin und stellt eine eigene auf anatomischer Grundlage basirende Classification der Sprachstörungen auf. In therapeutischer Hinsicht wurden folgende Resultate erzielt: Von 173 Fällen von Aphasie wurden systematisch behandelt 9 Fälle, und bei allen wurde ein günstiges Resultat erzielt. Von 191 Fällen von Stammeln erzielten normale Sprache 44. Von 460 Stotternden wurden einer systematischen Behandlung 95 unterzogen und zwar 87 mit günstigem Erfolge.

v. SOKOLOWSKI.

112) **Gallit. Perforation der Trachea. (Perforation de la trachée artère.)** *La Clinique. No. 10. 1897.*

Fremdkörper — Stück einer Hasenschulterplatte —, dessen scharfe Spitze den Oesophagus und die Trachea durchbohrt hatte; zuerst Tracheotomie, dann Oesophagotomie mit Entfernung des Fremdkörpers. Tod nach 3 Tagen an subpleuralem Emphysem.

BAYER.

113) **J. Alcock. Ein Fall von Ruptur der Trachea; mit Sectionsbericht. (Case of rupture of trachea; necropsy.)** *Lancet. 25. September 1897.*

26jähriger Mann wurde von einem starken Balken am Manubrium sterni getroffen. Es entstand ein verbreitetes Emphysem und eine septische Pneumonie, die eine Woche anhielt. Unter plötzlicher starker Blutung aus dem Munde trat dann der Tod ein. Die Section ergab eine Ruptur des 9. und 10. Trachealrings sowie einen grossen Abscess rings um diese. Wahrscheinlich war die linke Vena anonyma durch die Ulceration eröffnet worden.

ADOLPH BRONNER.

f. Schilddrüse.

114) **Wormser** (Basel). **Experimentelle Beiträge zur Schilddrüsenfrage.** Berner Dissertation. 1897.

Aus den Experimenten ergiebt sich, dass das Thyrojodin oder Jodothyrin

(Baumann) nicht im Stande ist die bei thyreoidectomirten Hunden fast immer auftretende acute Tetanie und den Tod zu verhindern. Das gilt auch für alle anderen Bestandtheile der Schilddrüse, das Thyreoalbumin, das Jodalbumin, sowie für den Thymus und die Nebennieren. Nur die Vereinigung aller Schilddrüsenextractivstoffe zusammen, das Thyreaden und die Schilddrüsensubstanz selbst verhindern, zeitig gegeben, Tetanie und Tod. Dagegen wirkt Thyrojodin und Caseojodin etc. sehr gut gegen Struma. Auffallend ist die individuelle Verschiedenheit der Reaction der Thiere auf die Ausrottung der Drüse. Thiere, deren Schilddrüse schon degenerirt ist, verfallen in chronische Kachexie und allmäliges Absterben.

W. glaubt, die Schilddrüse habe eine doppelte Aufgabe; einmal gewisse im Blute circulirende Stoffwechselproducte in sich zurückzuhalten (Thyreoproteid Notkin); zweitens aus dem Kreislauf verschiedene Substanzen, unter anderem Jod, aufzustapeln und zur Neutralisation der in ihr zurückgehaltenen Giftstoffe zu verwenden. Nach seiner Ansicht ist auch die Entstehung des Kropfes damit zu erklären, dass sich spontan nicht genug Jod in der Schilddrüse sammelt und dieselbe von den Toxinen zur Wucherung und Entartung gereizt wird.

JONQUIÈRE.

115) **Bruce Clarke. Ein Fall von Gumma des Isthmus der Schilddrüse; Ulceration; Oedem des Kehlkopfs; Laryngo-Tracheotomie; Heilung. (Case of gumma of the isthmus of the thyroid gland; ulceration; oedema of the larynx; laryngo-tracheotomy; recovery.)** *Lancet. 14. August 1897.*

38jährige Frau mit mehreren Gummiknoten; einer derselben sass vorn am Halse und führte bei weiterem Wachsen zu Athembeschwerden. Trotz Jodkali nahm die Dyspnoe zu, und es musste die Laryngo-Tracheotomie gemacht werden. Die linke Kehlkopfseite war ödematös. Nach 7 Tagen konnte die Canüle entfernt werden. Die Pat. wurde völlig geheilt.

ADOLPH BRONNER.

116) **O. P. Davis. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Kansas City Med. Journ. 14. August 1897.*

Krankengeschichte eines Falles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

117) **G. Hayem** (Paris). **Ein Fall von Chlorose mit Basedow'schen Symptomen und Hysterie. (Sur un cas de chlorose avec goitre fruste et hystérie.)** *Méd. Moderne. 7. August 1897.*

Anlässlich eines von ihm beobachteten Falles von Chlorose mit Kropf und Exophthalmos legt sich Verf. die Frage vor nach den Beziehungen zwischen der Chlorose und den Neurosen im Allgemeinen, zwischen Chlorose und Morb. Basedowii im Besonderen. Verf. constatirt die constante Hypertrophie der Schilddrüse bei Chlorose. Die übertriebene Entwickelung der Schilddrüse hält er für ein Degenerationszeichen. In der Vereinigung von Chlorose und Morb. Basedowii sieht er danach eine Verbindung von zwei Krankheiten, die verwandt sind durch den gemeinsamen Ursprung in angeborener Degeneration.

PAUL RAUGÉ.

118) **V. E. Smith. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *The Med. Progress. September 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

119) **J. B. Killebrew. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Alabama Med. and Surg. Age. September 1897.*

Kurze Beschreibung der Krankheit und Bericht über 3 eigene Fälle.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

120) **F. de Grandmaison** (Paris). **Basedow'sche Krankheit und nervöse Defecte. (Le goitre exophthalmique et les tares nerveuses.)** *Médecine Moderne. 7. Juli 1897.*

Verf. schliesst sich der Theorie an, die die Basedow'sche Krankheit durch eine permanente Reizung der vasodilatatorischen Fasern des Halssympathicus oder ihrer centralen Kerne erklärt. Beweis sind ihm 1. die therapeutischen Erfolge, welche Jaboulay, Abadie, Jonnesco, Gerard Marchant, Reclus durch Resection des Halssympathicus erzielten; 2. seine eigenen Beobachtungen über den nervösen Zustand der Basedowkranken. Unter 32 Kranken, die er im Hôpital Laennec sah, constatirte er 19mal erhebliche nervöse Störungen, die fast stets unter dem Bilde der Hysterie verliefen. Als ein objectives Zeichen, das er für pathognomonisch hält, nennt er die Asymmetrie des Gesichts durch Contractur, die von Charcot und Marie unter dem Namen des Hemispasmus glosso-labialis beschrieben ist.

PAUL RAUGÉ.

121) **A. Pitres** (Bordeaux). **Diabetes mellitus als Complication bei Basedowscher Krankheit. (Diabète sucré compliquant le goitre exophthalmique.)** *Bull. Medical. 18. August 1897.*

Die Patientin hatte mit 34 Jahren die Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit bekommen. Mit $35^1/_2$ Jahren wurde sie diabetisch; $^1/_2$ Jahr später starb sie im Coma. Verf. sieht den Diabetes ebenso, wie dies Sonques und G. Marinesco in ihrem Falle (Bulletin Médical, 16. Juni 1897) thaten, als eine Folgekrankheit des Morbus Basedowii an; die secundäre Krankheit steht mit der primären in directem inneren Zusammenhang, es handelt sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen zweier voneinander unabhängiger Krankheiten.

PAUL RAUGÉ.

122) **Abadie** (Paris). **Natur und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Nature et traitement du goitre exophthalmique.)** *Académie de Médec. 6. Juli 1897.*

Verf. wiederholt, dass die Basedow'sche Krankheit auf einer Reizung der von den Gehirncentren im Sympathicus abwärts verlaufenden vasodilatatorischen Fasern beruht, und dass die Resection des Halssympathicus die einzige rationelle Therapie ist.

Die Thyroidbehandlung kann in zweifelhaften Fällen zur Diagnose helfen; wird der Zustand verschlechtert, so liegt Basedow'sche Krankheit, wird er gebessert, so liegt einfacher Kropf vor.

PAUL RAUGÉ.

123) **A. Poncet** (Lyon). **Die Gefahr der Operationen bei Basedow'scher Krankheit. (Danger des operations dans le goître exophthalmique.)** *Académie de Médecine. 14. Juli 1897.*

Die Thyroidectomie ist an sich keine gefährliche Operation; aber sie hat oft üble Zufälle, bisweilen sogar plötzlichen Tod im Gefolge, was theils einer acuten Intoxication durch die Producte der Drüse, theils vasculären Störungen in Folge der Sympathicusreizung zugeschrieben wird.

Die Operation ist nur in zwei Fällen angezeigt:

a) bei absolut drängenden Symptomen; und

b) bei der falschen (Pseudo-) Basedow'schen Krankheit, das heisst bei einfachem Kropf, der durch Sympathicuscompression Basedow'sche Symptome ausgelöst hat.

PAUL RAUGÉ.

124) **Péan** (Paris). **Basedow'sche Krankheit. (Goître exophthalmique.)** *Acad. de Médecine. 3. August 1897.*

Durch medicamentöse Mittel ist die Basedow'sche Krankheit nicht heilbar.

Von den operativen Eingriffen haben die Exothyropexie und die Resection des Sympathicus die Probe noch zu bestehen. Die Thyroidectomie dagegen hat bereits zahlreiche und dauernde Heilungen, selbst in schweren Fällen, gebracht. Das Myxödem danach ist selten und vorübergehend.

Bei kleinem, leicht enucleirbarem und wenig vascularisirtem Kropf ist die Thyroidectomie sehr leicht. In ein paar Minuten lässt sie sich durch kurzen Median- und Verticalschnitt machen. In complicirten Fällen muss man die Gefässe unterbinden und den Tumor stückweise abtragen.

PAUL RAUGÉ.

125) **M. Jaboulay** (Lyon). **Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit mittelst Durchschneidung oder Resection des Halssympathicus. (Le traitement du goître exophthalmique par la section ou la résection du sympathique cervical.)** *Académie de Médecine. 27. Juli 1897.*

Verf. nimmt die Priorität dieser Behandlungsmethode für sich in Anspruch und zeigt, auf welchem Wege er zu derselben gelangte. Er hatte bei einer Kranken die Thyroidectomie ohne Erfolg gemacht und war dadurch von der Theorie, dass die Basedow'sche Krankheit auf einer perversen Secretion der Schilddrüse beruhe, zurückgekommen. Er überlegte nun, dass diese Krankheit „wenigstens in zweien ihrer Cardinalsymptome, in dem Exophthalmus und den Herzpalpitationen, das Bild einer intensiven Reizung des Halssympathicus bietet," deshalb entschloss er sich zur Durchschneidung dieses Nerven.

Die Operation ist bisher 14 mal gemacht, 9 mal von dem Verf. selbst. Ihr Erfolg ist stets ein guter gewesen.

Verf. hat bemerkt, dass die Resultate der Operation bei älteren Leuten besser sind. Er erklärt dies damit, dass der Sympathicus bei jungen Personen collaterale Bahnen im Vagus und Trigeminus hat.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

126) **A. A. Law. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *Northwestern Lancet. 15. Juni 1897.*

3jähriges Mädchen, das vor 9 Tagen ein kleines dünnes Pfeifchen verschluckt hatte. Dasselbe steckte gerade hinter dem Sternoclaviculargelenk. In der Aethernarkose wurde der Fremdkörper mittelst der Kehlkopfzange unter Leitung des Fingers herausgezogen. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

127) **E. T. Tappey. Entfernung eines silbernen Vierteldollars mittelst Oesophagotomie. (Removal of a silver quarter by oesophagotomy.)** *Physician and Surgeon. August 1897.*

Pat. war ein kleines Mädchen von $2^1/_2$ Jahren. Die Münze war vor über 4 Monaten verschluckt worden. 2 Monate lang hatte sie nur wenig Störungen verursacht; dann nahm allmälig die Dysphagie zu und es trat Dyspnoe und Husten ein. Sonden berührten den Fremdkörper nicht. Die radiographische Untersuchung ergab, dass derselbe in einer Höhe mit dem 3. Brustwirbel festsass. Die Münze wurde nun entfernt und das Kind genas. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

128) **Semon** und **Savery. Abductorenlähmung bei Oesophagus-Strictur. (Abductor paralysis in stricture of oesophagus.)** *Medical Record. 16. Oct. 1897.*

Mehr oder weniger unvollständige Lähmung beider Recurrentes ist bei Oesophagusstrictur nicht selten; die totale beiderseitige Lähmung aber sieht man nicht oft, weil meist der Exitus eintritt, ehe der Process noch so weit vorgeschritten ist, um vollständige Lähmung zu erzeugen.

Der von den Verff. beobachtete Fall lehrt ausser der completen Aphonie und der Dyspnoe, die übrigens nur bei Anstrengung auftrat, noch ein anderes wichtiges Symptom der Lähmung kennen, nämlich die Unmöglichkeit, in der gewöhnlichen aufrechten Haltung Nahrung zu sich zu nehmen. Der Grund hierfür liegt in der Unmöglichkeit des Glottisschlusses; die Nahrung dringt in Folge derselben leicht in den Larynx. Die Sensibilität der Larynxschleimhaut aber ist nicht beeinträchtigt, da der N. laryngeus superior nicht afficirt ist, daher wird beim Eindringen von Nahrung in den Larynx Husten ausgelöst. Für die Ernährung empfiehlt sich die von Wolfenden angegebene Lagerung in horizontaler Seitenlage mit über den Bettrand hängendem Kopfe. Flüssigkeiten werden mittelst einer Schnabeltasse in den unteren Mundwinkel eingegossen; sie gleiten dabei seitlich am Larynx hinab durch die Fossa hyoidea und gelangen in den Oesophagus, ohne die hintere Kehlkopfwand überhaupt zu berühren. LEFFERTS.

129) **G. Bureau. Krebs der Speiseröhre übergreifend auf das linke Herzohr. Gangrän der rechten Lunge; Compression der Vagi mit Anfällen von Tachycardie. (Cancer de l'oesophage propagé à l'oreillette gauche du coeur; gan-**

grène pulmonaire droite, compression des pneumogastriques, crises de tachycardie pendant la vie.) *Bull. Soc. Anat. Paris. 26. November 1897.*

Die Ueberschrift enthält das Wesentliche.

A. CARTAZ.

130) **Hitzig. Ungleichheit der Pupillen bei Oesophaguscarcinom. (Inequality of the pupils in carcinoma of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 13. November 1897.*

H. hat bei 6 von 37 Fällen von Oesophaguscarcinom eine Pupillendifferenz beobachtet. In einem Falle war die rechte Pupille kleiner und die Section ergab rechts von der Speiseröhre eine grosse carcinomatöse Drüse, die die grossen Gefässe und Nerven umgab. In den 5 anderen Fällen war die linke Pupille verengt, was auf die Abweichung des Oesophagus nach links zurückgeführt wird. Die Erscheinung hängt ersichtlich mit dem Druck auf den Sympathicus zusammen.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

Nach einer Versammlung am 17. Januar 1897, auf der Sanitätsrath Dr. Hopmann (Köln) einen Vortrag über Ozaena hielt und Dr. Löwenstein (Elberfeld) einen Fall von Prolaps des Sinus Morgagni demonstrirte, constituirte sich die Vereinigung am 4. April und wählte zum 1. Vorsitzenden Sanitätsrath Dr. Hopmann (Köln), zum 2. Vorsitzenden Sanitätsrath Dr. Keller (Köln), zum Schatzmeister Dr. Reinhard (Duisburg), und zum Schriftführer Dr. Moses (Köln). Die Vereinigung zählt ca. 50 Mitglieder.

1. Sitzung: Köln 4. April 1897.

1. Lieven (Aachen): Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Leukoplakie.

Prädilectionsstellen für die Entstehung sind die Mundwinkel und die vordersten Particen der Zunge rechts und links von der Mittellinie. Entwickelung meist auf dem Boden eines chronischen Catarrhs der Mundhöhle, der durch äussere Schädlichkeiten unterhalten wird, oder es liegt Disposition der Schleimhaut vor, wobei Syphilis eine Hauptrolle spielt.

Wichtig für die Diagnose ist die Schwellung und Hypertrophie der Interdentalfalte der buccalen Schleimhaut und die Bildung einer horizontalen Leiste an der Schleimhautfläche der Unterlippe.

Bei Lues kann auch das Quecksilber Ursache der Leukoplakie sein.

Für die Therapie empfiehlt L. Diät, Spülungen mit alkalischen Lösungen,



Pinseln mit Boraxhonig, bei Rhagaden und Hypertrophien Anwendung des Galvanocauters, bei Lues Schmierkur.

Discusion: Löwenstein (Elberfeld) empfiehlt Chromsäure-Aetzungen.

Kronenberg (Solingen) bemerkt, dass häufig alte Zahnwurzeln, schlechte künstliche Gebisse, vernachlässigte Mundpflege etc. Leukloplakie verursachen.

Hopmann räth bei veraltteten auf Lues basirenden Fällen milde Mittel, eventuell Anilinfarbstoffe (Methyl-Violett) nach vorhergehender Bestreichung der Schleimhaut mit Ferripyrin-Lösung anzuordnen.

2. Kronenberg (Solingen): Demonstration einer Hühnereigrossen Dermoidcyste des Mundbodens.

Diese Geschwülste, von einigen Autoren auch als Atherome bezeichnet, sind meist congenital (Kiemengangreste!) und pflegen nach der Pubertät zu wachsen; die demonstrirte Geschwulst stammt von einem 16 jährigen Mädchen und wurde in Narkose durch Ausschälen vom Munde her entfernt.

3. Schneider (Köln): Demonstration eines galvanocaustischen Griffs.

2. Sitzung. Köln 7. November 1897.

1. Hopmann: Vorstellung einer Patientin mit laut hörbarem rhythmischem Geräusch des linken Ohres.

2. Keller: Beitrag zur Stimmgabelprüfung.

3. Littauer und Mennsing (Düren): Otitis media mit Sinusthrombose, Thrombophlebitis der Jugularis etc.

4. Meissen und Schröder (Hohenhonnef): Inhalations-Apparate für flüchtige Medicamente.

Der mit seitlichen Stutzen versehene Apparat (cylindrisches Glasrohr) ist durch 3 durchbohrte Stopfen in 2 Hohlräume getheilt, deren erster mit Glasperlen (für das Medicament) und zweiter mit Nickeldraht-Sieben (zum Vorwärmen der Luft) gefüllt ist. Am oberen Stopfen ist ein Mundstück (oder Nasenansatz) befestigt, am unteren befindet sich ein Kugelventil, das sich beim Saugen öffnet. Am Seitenstutzen ist eine geschlitzte Gummihaube als Druckventil befestigt. Beim Gebrauch athmet man zunächst durch das Mundstück aus, wodurch die Siebkörper erwärmt werden.

Vorzüge des Apparats sind: derselbe ist stets gebrauchsfertig; durch den Widerstand der Ventile ist der Patient stets gezwungen mässige Lungengymnastik vorzunehmen; Verunreinigungen der Luft fangen sich an den Perlen und Drahtsieben; endlich vollkommene Ausnutzung des Medicaments, das von der grossen Oberfläche der Perlen verdunstet.

5. Löwenstein (Elberfeld): Kehlkopf-Carcinom.

Das linke Stimmband zeigte sich geröthet, infiltrirt und von höckeriger Oberfläche, aus der Mitte des linken Sinus Morgagni ragte ein Zapfen von Federkiel-

dicke in die Rima hinein; ein halbes Jahr vorher war nur eine flache etwa Erbsengrosse breitaufsitzende Erhabenheit zu constatiren.

Bei der von Dr. Linkenheld vorgenommenen neuen Operation wurde nach Tracheotomie und Einlegen einer Trendelenburg'schen Tamponcanüle der Schildkorpel gespalten, alles Krankhafte heraussgeschnitten und der Boden mit Paquelin versengt. Heilung nach 14 Tagen; Stimme heiser und laut; das linke Taschenband tritt vicariirend für das Stimmband ein. Die microscopische Untersuchung eines endolaryngeal entfernten Stückes hatte kein sicheres Resultat ergeben; die Diagnose wurde erst nach der Operation bestätigt. Die Heilung besteht seit 4 Jahren. L. erwähnt noch 4 Fälle von Larynx-Carcinom aus seiner Praxis, deren letzter vielleicht als Uebergang von gutartiger in bösartige Geschwulst zu betrachten ist. Es handelt sich um einen Patienten, bei dem 1895 ein Papillom des linken Stimmbandes operirt worden war, im folgenden Jahr wurde Carcinom desselben Stimmbandes festgestellt.

L. stellt ferner noch einen Fall von Carcinom der linken Tonsille und des weichen Gaumens vor, das sich auf der Basis einer nicht behandelten Lues (perforirende Ulceration des linken Arcus palatoglossus) gebildet hatte. Die Perforation war auf Jodkali und Schmierkur geheilt, dagegen war ein blumenkohlartiges Gebilde zurückgeblieben, das sich bei mikroskopischer Untersuchung als Carcinom herausstellte.

L. legt bezüglich der Diagnose auch Gewicht auf den Foetor, der bei Carcinom sich von dem bei Lues unterscheidet. Endlich berichtet L. noch über den heutigen Stand der Therapie und die Statistik der Heilungen.

Discussion: Hirschmann (Remscheid) berichtet über einen Fall von Carcinom, das sich zunächst als subglottischer erbsengrosser Tumor zeigte. Nach der Diagnose wurde $^3/_4$ Exstirpation des Larynx vorgenommen (Bardenheuer). Die Heilung erfolgte prompt; der Patient (75 Jahr alt!) geht seinem Berufe wieder nach. Canüle wird noch getragen (ca. $^3/_4$ Jahre nach der Operation). —

6. Moses (Köln): Demonstration eines Falles von membranöser subglottischer Verwachsung.

Der Patient, ein kräftiger junger Mann war nie ernstlich krank; Lues und Tuberculose sind mit Bestimmtheit auszuschliessen. Die Stimme ist leicht belegt. Im laryngoscopischen Bild zeigen sich die Stimmbänder minimal geröthet, die hintere Kehlkopfwand frei; einige Millimeter unter und parallel den Stimmbändern im vorderen Winkel zeigt sich eine graugelblich gefärbte, straff gespannte mit der Sonde bewegliche Membran, die etwa unter der Mitte der Stimmbänder halbmondförmig abschliesst. Es dürfte sich um eine angeborene Anomalie oder einen Schleimhautprolaps (?) handeln.

7. Reinhard (Duisburg): Ein Fall von Dens asymmetricus.

Bei dem 26 jährigen Patienten zeigte sich zuerst einen fluctuirende weiche Geschwulst am harten Gaumen, die mit der Zunge nach oben verdrängt werden konnte, so dass in der Fossa canina eine Hervorwölbung entstand; die Geschwulst brach ab und an spontan durch, wobei sich Blut und Eiter entleerte; der linke

Eckzahn, der sich direct unter der Geschwulst befand, war ohne Erfolg extrahirt worden.

Bei der Untersuchung fand sich am harten Gaumen eine Perforation, aus der ein einem Sequester ähnlicher harter schwarzer Gegenstand hervorragte; die Higmorshöhle war frei, drei Zähne gesund, Lues und Tuberculose konnten ausgeschlossen werden; in der linken Nasenseite Schwellung der unteren Muschel und Schleimhautröthung. Die Spalte im Gaumen vergrösserte sich langsam, der vermeintliche von Granulationen umgebene, Sequester wurde spitzer, erschien weisser gefärbt und hatte schliesslich die Farbe des Zahnschmelzes. In Narkose wurde die Gaumöffnung erweitert und der Zahn extrahirt, wobei die linke Oberkieferhöhle eröffnet wurde; ein Empyem derselben, welches nachträglich entstand, heilte bald; die Perforation wurde später durch eine Plastik der Schleimhaut des harten Gaumens geschlossen. Es handelt sich in diesem Fall um eine Hétérotopie par génèse (nach Magitot) d. h. um eine Entwickelung eines Zahnkeimes an einer nicht zu den Kieferregionen gehörigen Curvestelle. Aehnliche Fälle beschreiben Scheff und Nessel.

Discussion: Fackeldey (Cleve) demonstrirt einen aus der Nase extrahirten Zahn.

Hirschmann beobachtete einen ähnlichen Fall, wobei der betr. Zahn die untere Muschel zur Seite gedrängt hatte.

Schmidthuisen (Aachen) erinnert an die Möglichkeit der Verwechselung solcher Fälle mit Fremdkörpern, die in die Nase gesteckt werden.

8. Lieven (Aachen): Demonstration von 2 Photographien von Perichondritis syphilitica der Nasenflügel.

Im ersten Fall ist der ganze linke Nasenflügel geschwunden. Im zweiten Fall ist es durch antiluetische Therapie zu einer fibroiden Metamorphose des Knorpels gekommen; der rechte Nasenflügelknorpel zeigt eine winklige Knickung.

L. erwähnt dann noch drei Formveränderungen des Knorpels der Nase bei Syphilis, welche die Entstehung der Sattelnase und der Lorgnettennase (Fournier) bedingen.

Discussion: Lenzmann (Duisburg) erinnert an die Veränderungen des Knorpels bei nicht syphilitischen Nasen und der daraus entstehenden Perforationen des Septum.

Lieven bemerkt, dass das Ulcus perforans auch bei Zucker und Xanthose der Schleimhaut entsteht.

Schmidthuisen beobachtete Septumperforationen (ohne Lues) bei Arbeitern an Farben- Kalk- und Cement-Fabriken.

Löwenstein bei Chromsäure-Arbeitern.

Hopmann erwähnt, dass die Septumperforation häufig als selbständige Erkrankung auftritt (Locus Kiesselbachii!). Es handelt sich dann wohl um Obliteration einer kleinen Arterie; der Knorpel ist an der sehr dünnen Stelle, an welcher gewöhnlich die Perforation auftritt, sehr zur Nekrose geneigt.

Stiel bemerkt, dass nach Grünwald sehr häufig Perforationen nach durch Traumen entstandenen Haematomen entstehen.

9. Röpke (Solingen): I. Beitrag zur Casuistik der acuten Osteomyelitis des Ober-Kiefers bei Säuglingen.

Im ersten Fall zeigte sich Eiterung aus dem linken Nasenloch; es trat dann Schwellung und Oedem der linken Gesichtshälfte ein; Durchbruch des Eiters am harten Gaumen und in der Fossa canina; später Eröffnung eines Abscesses an der unteren Orbitalwand; Necrose der vorderen Wand der Oberkieferhöhle; der unteren Orbitalwand und des Processus frontalis. Nach 8 Tagen Darmcatarrh, Bronchopneumonie — Exitus. Der zweite Fall begann ähnlich, Durchbruch des Eiters in der Fossa canina, von wo aus der Herd freigelegt wurde; Necrose der vorderen Wand der Oberkieferhöhle, es stossen sich häufig Sequester ab, in der Fossa canina besteht noch eine Fistel (nach 9 Monaten); das Befinden des Patienten ist im übrigen zufriedenstellend. R. ist mit Schmiegelow der Ansicht, dass die Infection von der Nase ausgeht.

II. Ein Fall von Stirnhöhleneiterung mit Durchbruch in die Orbita und in die vordere Schädelgrube. (Vorstellung des Patienten.)

Der Patient klagte über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Erbrechen; es wurden rechts Nasenpolypen, Caries und Eiterung des Siebbeins und der Stirnhöhle constatirt. Pulsverlangsamung (50—54.) Aufmeisslung der Stirnhöhle; Perforation an der inneren Wand, aus der Granulationen kommen. Die Dura liegt nach Entfernung der Granulationen frei. Abmeisslung des grössten Theils der vorderen Wand, breite Durchmeisslung nach dem Siebbein; Ausschabung der verdickten Stirnhöhlen-Schleimhaut. Seitdem Wohlbefinden des Patienten; die Wundhöhle secernirt noch mässig.

Discussion: Hopmann beobachtete einen ähnlichen günstig verlaufenen Fall.

Moll (Arnheim) erinnert an die von ihm zuerst angegebene, auf negativem Druck beruhende Methode, den Eiter in der Nase festzustellen.

10. Stiel (Köln): Ueber Beziehungen zwischen Nasen- und Augen-Krankheiten.

Die Beziehungen sind im Wesentlichen dreierlei Art:

a) Reflectorische Störungen am Auge, die durch Nasenleiden hervorgerufen werden(Thränenträufeln)Lichtscheu etc. und besonders asthenopische Beschwerden.)

b) Beziehungen zwischen Nase und Auge durch die directe Verbindung des Conjunctivalsackes und der Nase mittels des Thränenschlauches (Dacryocystostenose und Dacryocystoblennorrhoe, hervorgerufen durch Nasen-Erkrankungen).

c) Einfluss der Nebenhöhlen-Erkrankungen der Nase auf das Auge (Orbitalabscess, Phlegmone etc.)

Discussion: Hirschmann erwähnt Fälle von Asthenopie in Folge adenoider Vegetationen, sowie von bitemporaler Hemanopsie in Folge von Erkrankung des Keilbeins.

Schmidthuisen bespricht das Sondiren der Stirnhöhle, dasselbe ist besonders bei Luetikern oft sehr leicht, da hier die Oeffnung oft sehr vergrössert ist, man soll von der mittleren Muschel aus seitlich mit der Sonde eingehen.

Hopmann empfiehlt Vorsicht bei der Sondirung der Stirnhöhle und bemerkt, dass viele Fälle von Erkrankungen der Canalis naso-lacrymalis sowie von Conjunctivitis phlyctaenulosa durch rationelle Behandlung der Nase zu heilen sind. In einem Fall von Morbus Basedow gingen die Erscheinungen nach Behandlung eines atrophischen Nasencatarrhs und Polypen-Beseitigung zurück.

Hirschmann erwähnt die Verbindungen zwischen Nase und Auge durch die Arteria ophthalmica, ethmoidalis etc. Besonders reflectorische Störungen am Auge, wie Gesichtsfeldveränderungen etc. werden häufig durch Nasenleiden hervorgerufen.

Lieven erwähnt einen Fall von Synechie der unteren Muschel und Nasenscheidewand (nach Caustik) wo Ciliarneurose und heftiger Bulbarschmerz bestand, bei Berührung der Synechie bestand enormer Hustenreiz, sämmtliche Erscheinungen schwanden nach Beseitigung derselben. Moses (Köln).

---

b) IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg, Pfingsten 1897.

Die Präsenzliste ergiebt 53 Theilnehmer; die Anzahl der Mitglieder ist auf 105 gestiegen.

Als Vorstand für die nächste Versammlung werden gewählt: Als 1. Vorsitzender Herr Seifert (Würzburg), als 2. Vorsitzender Herr Killian (Freiburg i. Br.) als Schriftführer wiederum die Herren Eulenstein (Frankfurt a. M.) Hedderich (Augsburg), als Schatzmeister Neugass (Mannheim); als Vorsitzender des Localcomités fungirt wiederum Herr Jurasz; als Zusammenkunftsort wird wieder Heidelberg und als Termin der V. Versammlung der Pfingstmontag festgelegt.

Ein Antrag auf Umwandlung des Namens des Vereins in die Bezeichnung „Verein deutscher Laryngologen" wird abgelehnt.

Wissenschaftlicher Theil:

1. Herr Eulenstein (Frankfurt a. M.): Demonstration eines aus dem Nasenrachenraum entfernten Fremdkörpers.

Es handelt sich um ein 6 cm langes, über 1 cm breites, von einem Flintenlauf abgesprengtes Stück Eisen, welches 12 Jahre im Nasenrachenraume verblieben war, nachdem es durch Explosion eines Flintenlaufes dahin gelangt war. Entfernung ohne weiteren operativen Eingriff.

Discussion: Herr Siebenmann (Basel) entfernte bei einem kleinem Kinde ein 20 Centimesstück aus dem Nasenrachenraume. Herr Seifert (Würzburg) fand eine in den Kehlkopf aspirirte und bei der Tracheotomie abhanden gekommene Schraube quer in den Nasenrachenraum eingekeilt, ebenfalls bei einem kleinem Kinde.

2. Herr Killian (Feiburg i. Br.): Entfernung eines Knochenstückes aus dem rechten Bronchus mit Hülfe der direkten Laryngoscopie.

Der Knochen konnte nur mit der Kirstein'schen Autoscopie beobachtet werden und zwar mit einer in die Trachea eingeführten sonst zur Oesophagoscopie benützten Röhre. Entfernung mit einer entsprechend langen Pincette.

Discussion: Herr Seifert (Würzburg).

3. Herr Killian (Worms): Mandelbucht und Gaumenmandel.

Vortragender hat an 100 Lebenden und 105 Präparaten sehr eingehende Studien gemacht und praktisch verwerthbare constante Verhältnisse gefunden. Die Untersuchung am Lebenden geschah bei herausgestreckter Zunge und abgezogenem (entgegengesetzten) Lippenrand; dabei liess K. öfters noch Hä singen und zog noch den vorderen Gaumenbogen mit einem Haken ab; es gelingt so ein direkter Einblick in eine oft $1^1/_2$ cm tiefe Bucht. Die genaueren anatomischen Details sind wichtig bei Erkrankungen, besonders bei der Peritonsillitis, welche Vortragender seit Jahren mit der Sonde behandelt, indem er auf schon vorgeschriebenem Wege von der Mandelbucht aus den Eiterherd mit der Sonde aufsucht und entleert.

Discussion: Herr Hedderich (Augsburg) wendet die Killian'sche Sondenbehandlung mit Erfolg an. Herr Siebenmann (Basel) weist auf die Wichtigkeit der Verhornungsprocesse an der Mandel hin und darauf, dass die Metallcorrosion an Terpentinpräparaten anschauliche Präparate ergeben müsse.

4. Herr Hellmann (Würzburg): Demonstration bösartiger Nasengeschwülste.

Es handelt sich um 6 microscopisch untersuchte Fälle.

I. Epithelialcarcinom in der rechten Oberkieferhöhle bei einer 56jähr. Patientin. Combination mit Schleimpolypen in der Nase, Empyem der Kieferhöhle, Hautemphysem. Es wurde der Oberkiefer resecirt.

II. Carcinoma villosum — Zottenkrebs hervorgegangen nach Ansicht des V. aus harten (gutartigen) Papillomen. Combination mit Stirnhöhleneiterung. P. starb unter Hirnerscheinungen.

III. Medulläres Carcinom bei einer 50jähr. Patientin; noch in Behandlung.

IV. Pigmentirtes, endotheliales Sarcom an der vorderen Hälfte der Unterfläche der unteren Muschel. Oberkiefer-Resection.

V. Fibroma cavernosum an der mittleren Muschel mit Durchsetzung des Nasenbeins. Entfernung durch Aufklappen der Nase. Interessant war die Combination mit Acne rosacea.

VI. Kleinrundzelliges Sarcom bei einer 34jähr. Patientin, welches unter heftigen Blutungen und sehr umfangreichen Zerstörungen einherging. Exitus.

Discussion: Herr Winckler (Bremen) empfiehlt bei Verdacht auf maligne Tumoren im oberen Theil der Nase die möglichst frühzeitige Anwendung der von Roser und Gussenbauer angegebenen Operationen. Hellmann (Würzburg) betont die Seltenheit der harten Papillome, von denen bisher nur etwa 20 Fälle in der Literatur zu finden seien.

5. Herr Winckler (Bremen): Einiges über die Hyperplasie der Zungentonsille und deren operative Beseitigung.

Meistens genügt eine nicht operative Behandlung der Zungentonsille zur Beseitigung der Beschwerden. Empfindliche Belästigung tritt auch bei geringer Hyperplasie bei der Singstimme auf und hier bietet eine frühzeitige Operation sehr günstige Chancen. Bei bösartigen Neubildungen der Nachbarschaft fand W. 3 mal eine hochgradige Schwellung der Tonsilla lingualis.

Eine Entfernung der Tonsilla lingualis ist dann indicirt, wenn durch ihre Grösse eine Einschränkung der Bewegungen der Epiglottis verursacht wird; es leidet unter solchen Umständen der Klang der Stimme, dessen Abnahme zu grösseren Muskelanstrengungen beim Singen und dadurch zur frühzeitigen Ermüdung Veranlassung giebt. W. empfiehlt die Entfernung mit Pincette, Zange und Scheere. Die Glühschlinge macht in der Nachbehandlung grössere Beschwerden.

6. Herr Winckler (Bremen): Demonstration eines exstirpirten Lymphangioms der Epiglottis. 30 gr schwerer Tumor der Epiglottis, der durch seinen Sitz die Musculatur des Pharynx in ihrer Thätigkeit bei Sprache und Schluckakt in interessanter Weise beeinflusste.

7. Herr Winckler (Bremen:) Demonstration eines wegen Carcinom exstirpirten Kehlkopfes. Interessant, weil unsichere Diagnose, die auch nicht durch 2 microskopische Untersuchungen extirpirter Theile gesichert werden konnte. Bisher kein Recidiv.

8. Herr Strauch (Heidelberg): Ein neuer an die Central-Niederdruckdampfheizung angeschlossener Sprayapparat.

9. Herr Bergeat (München): Die Hohlräume der mittleren Muschel. Mit Demonstration von anatomischen Präparaten. B. hat an 180 Präparaten Studien gemacht und daraus genügende Resultate erzielt, um eine genaue anatomische Eintheilung zu ermöglichen. Die Ergebnisse sind von grossem practischem Werthe und können nicht unverkürzt wiedergegeben werden.

10. Herr Killian (Worms): Speichelsteine.

Bei einem 45jährigen Mann ein 9,12 g schwerer sehr harter Speichelstein, der nach heftigen vorausgegangenen Beschwerden mittelst eines Schnittes in die Schleimhaut des Mundbodens entfernt wurde; bei einem 34jährigen Manne Extraction eines 1,87 g schweren Speichelsteins. In beiden Fällen Heilung.

11. Herr Killian (Freiburg i. B.); Ueber communicirende Stirnhöhlen.

Verf. hat im letzten Jahre 3 Fälle von communicirenden Stirnhöhlen beobachtet. Die Diagnose konnte durch Ausspülungen gestellt werden. Es kann sich in solchen Fällen handeln um 1. anatomische Bildung, 2. eine Durchbruchsöffnung, 3. eine Verletzung. Verf. hält das Vorkommen von Communicationen für sehr selten und kann ein einschlägiges Präparat demonstriren.

Discussion: Bergeat, Seifert, Werner, Killian.

12. Herr Siebenmann (Basel): Ueber adenoiden Habitus und Leptoprosopie, sowie über das kurze Septum der Chamaeprosopen.

Verf. wendet sich gegen den sog. „adenoiden Habitus", soweit derselbe den knöchernen Schädel betrifft. Durch Messungen des Gaumens und zwar der Breite und Höhe zwischen den zweiten Prämolaren ergaben sich interessante Resultate. Höhe dividirt durch Breite und multiplicirt mit 100 stellte einen Index her, der bei 43 normalen Individuen rund 46 und bei 59 Kindern mit adenoiden Vegetationen 45,9 war. Der letztere überschritt also den Mittelwerth keineswegs, und demnach ist der Schluss zulässig, dass eine stärkere Wölbung des harten Gaumens bei adenoiden Vegetationen nicht häufiger vorkommt, als bei Individuen mit gesundem Retronasalraum. Ferner ist demnach die Frage, auf welche Weise die adenoiden Vegetationen eine Deformation der Alveolarfortsätze zu Stande bringen, einfach hinfällig. Dass es zu der irrigen bisherigen Auffassung kommen konnte, erklärt sich daraus, dass alle Individuen mit hohem Gaumen auch ausnahmslos enge knöcherne Nasenhöhlen haben und bei ihnen sich adenoide Vegetationen mehr bemerklich machen müssen; sie erscheinen häufiger beim Arzte. Verf. nahm daher sein Material von Individuen, die wegen Tubenkatarrh in Behandlung waren.

In Europa giebt es zwei rassenhaft voneinander verschiedene Gesichtsformen: Leptoprosopen mit einem Obergesichtsindex von über 50 und Chamäprosopen mit einem solchen unter 50. Es fand sich nun, dass alle Individuen mit hohem Gaumen Leptoprosopen waren. Umgekehrt fand sich bei platystaphylinen (Höhenindex unter 40) an adenoider Vegetation Leidenden durchgehends chamäprosoper, selten mesoprosoper Obergesichtstypus. Die Maasse des Hirnschädels führten zu keinen übereinstimmenden Resultaten, d. h. es fanden sich ebenso viele Kurz- als Langschädel, daher auch Dolichocephalie nicht zum adenoiden Habitus gehört.

Schliesslich nahm Verf. noch Messungen an Rassenschädeln der Anatomie vor, und dabei fanden sich nur 15 Schädel mit einer Hypsistaphylie von über 46, aber alle 15 sind Langgesichter, die sonst als Typen für sog. adenoiden Habitus gelten könnten. Beiläufig fand sich auch an diesen Rassenschädeln, dass die Leptoprosopen einen senkrechten hinteren Vomerrand besitzen, während beim Breitgesicht die hintere Septumkante schief nach vorn unten verläuft; demnach gilt diese von Hopmann den Ozaenakranken zugeschriebene Eigenthümlichkeit (relativ kürzerer Vomer) für alle Breitgesichter.

Auch V. Lange hat ähnliche Beobachtungen wie Verf. bei einer kleinen Anzahl von Patienten gemacht.

13. Herr Seifert (Würzburg): Ueber Rhinitis nervosa.

Verf. beschreibt die eine Form des nervösen Schnupfens, bei dem sich der Symptomencomplex lediglich auf die Nase allein beschränkt und bei denen gröbere Ursachen nicht zu finden sind; lediglich lässt sich eine allgemeine Nervosität nachweisen, über deren Bestehen indess die Befallenen oft gar nicht unterrichtet sind. Bei der objectiven Untersuchung fand Verf. in der anfallsfreien Zeit die Schleimhaut der Nase nicht ganz normal; sie war blass und auffällig gelockert. Das Volumen des Muschelgewebes ist oft ein auffällig geringes. Im Anfalle selbst erscheinen beide unteren Muscheln oder auch nur die der einen Seite geschwollen,

die unteren Nasengänge mit dünnem serösen Secret erfüllt; aber die Schleimhaut erscheint auch hier blass und noch mehr aufgelockert wie ausser dem Anfalle. Cocain wirkt auffällig wenig in solchen Fällen, was vielleicht auf eine anfallsweise auftretende Lähmung der Vasoconstrictoren hinweist.

14. Herr Avellis (Frankfurt a. M.): Die Behandlung des nervösen Schnupfens.

A. empfiehlt eine rationelle Therapie, entsprechend der Grundursache des Leidens: allgemeine Nervosität. Er verwirft als aussichtslos jede locale Therapie, hat gute Erfahrungen gemacht mit Klimawechsel, der innerlichen Verabfolgung von Atropin und mit der sog. physikalischen Heilmethode, insbesondere mit Wassertreten unmittelbar nach dem Aufstehen, wie es Kneipp für andere Erkrankungen empfiehlt; daneben sollen allgemeine hygienische Maassnahmen, kühle Bäder, Douchen, Moorbäder, Höhenluft einhergehen. Er betrachtet insbesondere seine Methode als physischen und psychischen Gegenreiz.

Discussion: Jurasz, Winckler, Siebenmann, Lindt, Hedderich, Killian, Seifert, Avellis.

15. Herr Hennig (Königberg i. P.) demonstrirt seinen Atlas der Pathologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Derselbe besteht aus 40 mit Oelfarben gemalten Tafeln in naturgetreuer Darstellung. Demnächst soll die erste Serie im Buchhandel erscheinen.

16. Herr Magenau (Heidelberg): Therapeutische Versuche mit Phenolum sulfo-ricinicum bei Tuberculose der oberen Luftwege.

Dasselbe ist von Ruault (Paris) eingeführt in die Therapie und Heryng sowie Trifiletti (Neapel) haben gute Erfolge damit erzielt. Bei 45 Fällen von Larynxtuberculose sah M. 12 mal Besserung, Heilung in keinem Falle. Ebenso hat M. günstige Einwirkung bei Pachydermia laryngis, Pharyngitis und Laryngitis sicca gesehen.

17. Herr Hennig (Königsberg i. Pr.): Ueber Tuberculinum R. und seinen Einfluss auf tuberculöse Erkrankungen der oberen Luftwege.

Discussion: Hedderich (Augsburg) hat keine günstigen Erfolge aufzuweisen.

18. Herr Bergeat (München): Verkürzung des Septums, Asymmetrie der Choanen, Deviation des Septums bei Neugeborenen.

B. demonstrirt 3 kindliche Schädel mit den angegebenen Abnormitäten.

Die Discussion der Laryngitis exsudativa wird auf die nächstjälrige Tagesordnung gesetzt.

Hedderich.



Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. **Berlin, August.** **1898. No. 8.**

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis etc.

1) **J. Comby** (Paris). **Die toxischen Parotisentzündungen. (Les parotidites toxiques.)** *Médecine Moderne. 26. Juni 1897.*

Da die toxische Parotitis seit einiger Zeit viel besprochen wird, erinnert Comby daran, dass er 1882 (France Médicale 31. August 82) die indolenten Entzündungen bei chronischer Bleivergiftung beschrieben hat.

Neuerdings hat Achard darauf aufmerksam gemacht, dass bei der chronischen Parotitis saturnina acute Exacerbationen vorkommen (Soc. méd. des Hôpitaux 11. December 1896).

In derselben Sitzung erwähnte Chauffard einen Fall von Parotitis in Folge von Kupfervergiftung. Auch Jod, Quecksilber und das urämische Gift können Parotisentzündung verursachen. Diese Formen aber unterscheiden sich durch ihre acute und deutlich entzündliche Beschaffenheit von dem mehr chronischen Verlauf der Blei- und Kupfer-Parotitis.

PAUL RAUGÉ.

2) **Comte** (Lyon). **Enchondrom der Parotis. (Enchondrome de la parotide.)** *Soc. des scienc. méd. de Lyon. 1. December 1897.*

Der Tumor wurde bei einer 50jährigen Frau exstirpirt. Die Enucleation ging leicht von statten. Die Gefässe und der Facialis waren durch den beweglichen, nicht ulcerirten Tumor einfach verdrängt worden, so dass keine Compressionserscheinungen, keine Facialislähmung bestand. Auch die Drüsen waren nicht afficirt.

PAUL RAUGÉ.

3) **Benedikt** (Wien). **Ueber den Kopfschmerz.** Vortrag, geh. in den Sitzungen des Wiener med. Doctoren-Colleg. vom 22.—29. Nov. 1897. — *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 50. 1897.*

B. unterscheidet 3 Kategorien des Schmerzes und zwar:



1. nur Augenblicke dauernde, lancinirende, blitzartige Schmerzen bei Affection von Nervenwurzeln oder nächst höher gelegenen Leitungsabschnitten.
2. durchdauernde Schmerzen, welche bei Enkrankungen des Plexus und der Nervenstämme vorkommen und den ganzen Anfall hindurch wirken; ihre Intensität steigt allmälig und fällt ebenso ab.
3. andauernde Schmerzen, die bei Erkrankungen von peripheren Nervenendigungen auftreten und durch längere Zeit auf gleicher Höhe verharren.

Von diesen Gesichtspunkten aus bespricht B. auch die verschiedenen Arten des Kopfschmerzes.

CHIARI.

4) **Cerny** und **Trunecek** (Prag). **Ueber Radicalheilung des Epithelcarcinoms.** *Med.-chirurg. Centralblatt. No. 22, 23. 1897.*

Die Autoren pinselten bei exulcerirten oder oberflächlichen Carcinomen eine Lösung von Acidum arsenicosum in Alkohol und Wasser auf. Dieses Medicament verursacht in anfänglicher Lösung von 1 : 150 Verschorfung. Im Verlauf der Behandlung soll die Lösung stärker bereitet werden bis etwa 1 : 80 nach der Formel:

Rp. Acid. arsenic. pulv. 1,0
Alk. aethyl.
Aqu. destill. ana 40,0.
D. S. Aeusserlich.

Zum Schlusse folgt die Krankengeschichte eines Carcinoms bei einer Frau, die auf diese Weise radical geheilt wurde.

CHIARI.

5) **Kaposi** (Wien). **Ueber einen Fall von leukämischen Tumoren des Gesichts und der Ellbogengegend bei einer 63jährigen Frau.** Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 17. December 1897. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1897.*

Die Blutuntersuchung ergab eine erhebliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Verhältniss 1 : 28. Es handelte sich also um maligne leukämische Tumoren, die hauptsächlich die Nase in ihrer ganzen Configuration einnahmen, jedoch mit Ausnahme der oberen Stirn- und seitlichen Wangengegend auch über das ganze Gesicht vertheilt waren.

CHIARI.

6) **W. J. Horne** und **Mc. Leod Yearsley. Eucain als locales Anaestheticum in der Chirurgie des Halses, der Nase und der Ohren. (Eucaine as a local anaesthetic in the surgery of the throat, the nose and the ear.)** *N. Y. Med. Journal. 18. December 1897.*

Die Verf. kommen auf Grund fortgesetzter Versuche mit Eucain zu folgenden Schlüssen:

1. Das Eucain kommt dem Cocain an anaesthesirender Wirkung gleich.
2. In der Reduction angeschwollener Muscheln leistet das Eucain nahezu, wenn nicht ganz dasselbe, wie das Cocain.

3. Eucain ist dem Cocain überlegen durch geringere Toxicität.
4. Die subjectiven Symptome nach Eucain sind weit weniger unangenehm, als nach Cocain; besonders gilt dies für die Anwendung im Rachen.

Das Eucain hat — so schliessen die Verff. — seine grosse Bedeutung, selbst wenn es nur als wirksamer Ersatz in den Fällen dienen sollte, in denen eine Idiosyncrasie gegen Cocain besteht.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

7) **Mendel** (Paris). **Physiologie und Pathologie der Nasenathmung. (Physiologie et pathologie de la respiration nasale.)** *Médecine Moderne. 15. Juli 1897.*

Die zahlreichen Störungen der allgemeinen Gesundheit bei gewissen Nasenkrankheiten, die Hack als Reflexstörungen deutete, erklärt M. rein mechanisch durch die Unwegsamkeit der Nase. Die Mundathmung ist nur ausnahmsweise und unzureichend; Leute, die von ihr Gebrauch machen müssen, leiden an Luftmangel und zeigen die verschiedenen Symptome, die eine Folge der unzureichenden Sauerstoffzufuhr zum Blute sind.

Mit einem besonderen Apparat, dem Rhinometer, misst M. die nasale und die buccale Athemgrösse. Normal ist das Verhältniss das von 1,25 : 1.

Die therapeutische Consequenz ist klar; die Behandlung muss vor allem die Durchgängigkeit der Nase herstellen.

PAUL RAUGÉ.

8) **Saenger** (Magdeburg). **Ueber die akustische Wirkung der Nasenhöhlen.** *Pflüger's Archiv. LXIII. 1896.*

S. kommt auf Grund seiner Versuche an mehreren Patienten zu dem Resultat, dass an der Erzeugung der Rhinophone das Mittönen der in den Nasenhöhlen befindlichen Luft einen wesentlichen Antheil, wie allgemein angenommen, nicht hat.

A. ROSENBERG.

9) **Malato. Ueber die pathogenen Mikroorganismen der normalen Nasenhöhlen und über die abschwächende Kraft der Nasenschleimhaut. (Sui microrganismi patogeni delle cavità nasali normali e sulla forza attenuante della mucosa nasale.)** *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. No. 4. 1897.*

Verfasser beginnt mit Aufzählung sämmtlicher Autoren auf diesem Gebiete von Weibel (1887) bis zu Thomson und Fränkel, mit denen er wie es scheint, als feststehend ansieht: 1. dass in den vorderen Wänden der Nasenhöhlen der Bakteriengehalt sich nach Anzahl und Art der Mikroorganismen verändert; 2. dass die durch die Höhlen zirkulirende Luft auf deren feuchter und bogenförmiger Oberfläche Mikroorganismen absetzt. Welches sind nun die Gründe, dass die fortwährend eingeathmeten Mikroorganismen so leicht verschwinden? Dieses Problem beschäftigt Malato in seiner Arbeit vornehmlich. Er prüft: 1. die Mikroorganismen, welche sich gewöhnlich in der gesunden Nasenhöhle vorfinden; 2. den Widerstand, den diese dem Nasenschleim entgegenzusetzen ver-

mögen; 3. die schädliche Einwirkung, welche auf sie der Epithelcontakt ausübt. Was den ersten Punkt betrifft, schliesst Verf. weil die Mikroorganismen und hauptsächlich die pathogenen mehr in den Vordertheilen der Nase, als in den hinteren vorkommen, dass die Keime von irgend einem Feinde zerstört werden müssen. Betreffs des zweiten Punktes bestätigt er die Erfahrungen Thomson's und bezüglich des dritten Punktes beweist er, dass der Epithelcontakt der Nasenschleimhaut ein mächtiges Hinderniss für die Entwickelung der Keime ist.

DAMIENO.

10) **Thompson** und **Hewlett. Mikroorganismen der Nase. (Nasal micro-organisms.)** *N. Y. Med. Record. 25. September 1897.*

Im Naseneingang, der mit Haut ausgekleidet ist und gar nicht einen Theil der eigentlichen Nasenhöhle bildet, findet man stets Mikroorganismen in grosser Zahl. In der eigentlichen Nasenhöhle aber, auf der Schneider'schen Membran, sind nur sehr spärliche und sehr oft gar keine Keime vorhanden. In mehr als 80 % der Fälle fanden die Verf. den Nasenschleim steril.

LEFFERTS.

11) **Jessner** (Königsberg i. Pr.). **Therapie der Acne simplex (vulg.) und Acne rosacea.** *Aerztl. Centralanzeiger. No. 49 u. 50. 1897.*

Von mehr dermatologischem Interesse.

CHIARI.

12) **Goris. Ueber 2 Operationen von Rhinoplastik. (Sur deux opérations de rhinoplastie.)** *Bulletin de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique. No. 7. 1897.*

Zwei Fälle von Rhinoplastik, wovon der eine einen partiellen, der andere totalen Ersatz der Nase betrifft.

BAYER.

13) **J. T. Rogers. Osteoplastische Chirurgie der Nase. (Osteoplastic surgery of the nose.)** *Northwestern Lancet. 15. Mai 1897.*

Verf. giebt die Krankengeschichte von 2 Fällen, einer Sattelnase, die durch die Robert'sche Operation corrigirt wurde, und einer Nase von extremem römischen Typus, bei der die Roe'sche Methode in Anwendung gebracht wurde.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

14) **John O. Roe. Die Correction eingesunkener und sattelförmiger Nasen durch subcutan ausgeführte Operationen ohne Hülfe von metallischen oder anderen künstlichen Stützen. (The correction of depressed and saddleback deformities of the nose by operations performed subcutaneously without the aid of metallic or other artificial supports.)** *Medical Record. 5. Juni 1897.*

Diese Operationen sind nur für Fälle verwendbar, in denen das Septum noch vorhanden ist und als natürliche Stütze für die transplantirten Gewebe dienen kann. Der Eindruck einer Nase hängt fast ganz von ihrer Symmetrie ab. Bei der Correction von Nasendeformitäten ist daher weit mehr auf die Symmetrie, als auf die Grösse Acht zu geben; dabei ist leicht zu sehen, dass die Ursachen und Verhältnisse der eingesunkenen und sattelförmigen Nasen so mannigfache und verschiedene sind, dass die zur Correction der betreffenden Deformitäten erforderlichen Operationen vielfach variirt werden müssen. Nicht zwei Fälle sind

einander ganz gleich und nicht zwei erfordern denselben Eingriff. R. illustrirt die Verschiedenheit der nöthigen Operationen durch die Mittheilung von 8 Fällen. Er schliesst daran folgende Sätze: 3 Punkte müssen berücksichtigt werden, soll die Operation Erfolg haben. Erstens ist peinliche Antisepsis und Asepsis nöthig, denn jede Eiterung in der Wunde würde die transplantirten Gewebe zerstören und die Operation würde dann nicht nur ohne Nutzen bleiben, sondern es würde die Deformität der Nase noch vermehrt. Zweitens muss der Operationsplan vorher gründlich erwogen werden, damit die Gewebe, die zur Verfügung stehen, so gut wie möglich ausgenutzt und verwendet werden. Drittens verlangt die Nachbehandlung grosse Sorgfalt und Aufmerksamkeit. Die erste oder Hauptoperation muss häufig durch wiederholte kleinere Operationen ergänzt werden; hier muss eine hervorstehende Partie etwas gesenkt, dort eine eingesunkene Stelle erhoben werden; man darf sagen, dass eine wirklich vollkommene Nase nur um den Preis dauernder Ueberwachung erkauft wird. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

15) **E. C. Ellett. Eine Operation zur Correction einer Sattelnase. (An operation for the correction of a saddle back deformity of the nose.)** *Memphis Med. Monthly. September 1897.*

In E.'s Falle war die Deformität Folge eines Abscesses der Nasenscheidewand. Bei der Operation, die E. nicht im einzelnen beschreibt, wurde eine Platinplatte verwendet. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

16) **P. Annandale. Praktische Winke betreffend die Behandlung einiger Nasendeformitäten. (Practical suggestions in connection with the treatment of some deformities of the nose.)** *Brit. Med. Journal. 4. December 1897.*

Eine bogenförmig erhobene Bleiplatte liegt über der Nase und wird auf beiden Backen fixirt. Dieselbe hat beiderseits einen Schlitz. Durch diese und die Nase wird eine dicke Nadel geführt. Mit Hülfe einer Schraubenvorrichtung an der Nadel lässt sich der Bleibogen seitlich compromiren. Die Nadel kann man nach oben ziehen und die Nase durch eine elastische Ligatur, die um die Enden der Nadel über den Bogen hinweg geschlungen ist, in die Höhe heben. (Abbildung).

Verf. beschreibt des weiteren einen Fall, in dem eine plastische Operation gemacht wurde zur Deckung einer durch den vollständigen Verlust der Nase verursachten Oeffnung. Zwei verticale Lappen sind gebildet oberhalb und unterhalb der Nase und beide mit einander vereinigt. Eine zweite Operation soll später folgen zur Beseitigung der durch die Heraufziehung der Oberlippen verursachten Entstellung. (Abbildung). ADOLPH BRONNER.

17) **Hawes. Eine neue Schiene für Nasenfracturen. (A new splint for nasal fractures.)** *Medical News. 2. October 1897.*

Die Schiene besteht aus einem Uförmig gebogenen starken Draht. Sie wird mit Heftpflasterstreifen fixirt. Ihr Hauptvortheil ist, dass eine Besichtigung der Nase ohne Entfernung des Apparats möglich ist. LEFFERTS.

18) **L. S. Somers. Sycosis des Naseneingangs. (Sycosis of the nasal vestibule.)** *Med. Times and Register. 19. September 1897.*

Verf. beschreibt die Krankheit, deren Therapie sowohl eine locale wie constitutionelle sein muss. Er verordnet alkalische Auswaschungen, eine Salbe von gelbem Quecksilberoxyd (0,12 auf 30 Lanolin), Strychnin 0,001 und kräftige Diät.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

19) **C. E. Underwood. Nasencatarrh und seine Behandlung. (Nasal catarrh and its treatment.)** *Med. Progress. October 1897.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

20) **W. E. Schultze. Die Behandlung des Nasencatarrhs. (The treatment of nasal catarrh.)** *The Med. Progress. September 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

21) **H. Macnaughton Jones. Ein Fall von Geschwürsbildung in der Nase im Zusammenhang mit der Menstruation; seine Behandlung und Heilung. (A case of esthiomenic menstrual ulcer of the nose; its treatment and cure.)** *Edinburgh Med. Journal. October 1897. N. Y. Med. Journal. 30. October 1897.*

Der Fall ist von hohem Interesse. Die Patientin hat seit 7 Monaten ein kleines Geschwür an der Innenfläche des rechten Nasenflügels; dasselbe ist jedesmal zur Zeit der Periode stark entzündet und bessert sich in den Intervallen. Die Menstruation ist spärlich. Oertlich wird Chromsäure, Ichthyol und Jodoformsalbe applicirt, innerlich ein Tonicum gegeben. Zur Zeit der letzten Periode war die Exacerbation von so starken Schmerzen begleitet, dass Narkotica erforderlich waren. Im Januar 1886 war die Hälfte des rechten Nasenflügels afficirt. Im Februar 1896 waren beide Nasenflügel und die Oberlippe erkrankt. Es wurden die Schorfe entfernt und verschiedene Applicationen, zuletzt rauchende Salpetersäure versucht. Zeitweiser Besserung folgte stets wieder ein Rückschlag. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung ergab nichts. Thyroidextract hatte auch keinen Erfolg. Im April 1896 wurden Waschungen mit Galactol und Chinosal, sowie Zinkpaste verordnet, ausserdem Ichthyol. Von da begann eine Besserung, die aber bei der Periode im October 1896 noch einmal von einer Exacerbation unterbrochen wurde. Im Juli 1897 ist die Patientin vollständig und ohne merkbare Entstellung wieder hergestellt.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

22) **W. T. Grove. Hypertrophische Rhinitis. (Hypertrophic rhinitis.)** *Western Med. Journal. August 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

23) **C. B. Graham. Hypertrophische Rhinitis mit Myxom. (Hypertrophic rhinitis with myxoma.)** *Med. Age. 10. Mai 1897.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).



24) **J. T. Campbell. Croupöse Rhinitis. (Croupous rhinitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1897.*

Verf., der 4 Fälle selbst beobachtet hat, stellt 120 Fälle aus der Litteratur zusammen. Unter 80 Fällen, die darauf hin untersucht wurden, fand sich bei 65 der Klebs-Loeffler'sche Bacillus und zwar meist allein.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **G. M. Rice. Einfache chronische Rhinitis. (Simple chronic rhinitis.)** *Med. Progress. November 1897.*

Nichts von Bedeutung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

26) **De Simoni. Ueber die Mikroorganismen der Ozaena. (Sui microrganismi dell'ozena.)** *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. No. 4. 1897.*

Bei verschiedenen bakteriologischen Untersuchungen an Personen, die mit Stinknase behaftet sind, hat Verf. konstant folgende Organismen gefunden: 1. den Bacillus mucosus (Loewenberg-Abel); 2. den Bacillus pseudodiphthericus; 3. den Diplococcus lanceolatus Fränkel; 4. den pyogenen Staphylococcus albus et aureus, ferner in nicht constanterweise: 1. den Pneumobacillus Friedländer; 2. den Bacillus typhi similis. Nachdem ein jeder der Mikroorganismen auf Versuchsthiere überimpft war, zeigte sich einzig der Diplococcus Fränkel bei Kaninchen und Meerschweinchen pathogen, manchmal auch der Pneumobacillus von Friedländer, während die Versuche mit den andern Bakterien zu keinem Resultate führten. Denselben negativen Erfolg hatten die Versuche der Einimpfung von Mikroorganismen aus Reinkulturen in die Nasenschleimhäute von Personen, deren ganzer äusserer Organismus am meisten Aehnlichkeit mit solchen besitzt, die an Ozaena leiden. Nach einer kleinen Anschwellung und Röthung des betreffenden Theils, kehrte die Schleimhaut nach wenigen Tagen in ihren normalen Zustand zurück.

Die wohl durchdachten Versuche des Verf.'s haben danach die Lösung der schwierigen und verwickelten Frage nach der Aetiologie der Ozaena noch keinen Schritt näher gebracht.

DAMIENO.

27) **J. S. Johnson. Einige Bemerkungen über atrophische Rhinitis. (Some remarks on atrophic rhinitis.)** *The Physician and Surgeon. Sept. 1897.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

28) **W. E. Adams. Die neuere Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The recent treatment of atrophic rhinitis.)** *New Albany Med. Herald. Aug. 1897.*

Gründliche Reinigung und Application eines 1 oder 2proc. öligen Sprays oder einer Salbe hält Verf. für die beste Therapie.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

29) **F. C. Ewing. Atrophische Rhinitis behandelt mit Trikresoliodin. (Atrophic rhinitis treated with trikresoliodin.)** *Tri-State Med. Journal. August 1897.*

Verf. erzielte in dem Falle, über den er berichtet, ein günstiges Resultat.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

30) **J. Molinie** (Marseille). **Drei Fälle von Ozaena geheilt durch subcutane Injectionen von Roux'schem Serum. (Trois cas d'ozène guéris par les injections sous-cutanées de serum Roux.)** *Marseille Médical. 1. Juli 1897.*

Verf. behandelte drei junge Mädchen mit alter Ozaena ausschliesslich mit dem Serum und sah nicht nur ein Verschwinden der Ozaena-Symptome, sondern sogar die Restitutio ad integrum der atrophirten Schleimhaut. Ob eine specifische Wirkung des Serums auf den Ozaenamikroben oder ein vasomotorischer Effect auf die Gefässe der Schleimhaut vorliegt, lässt Verf. dahingestellt. Mit lobenswerther Vorsicht schliesst er, dass das Mittel versucht zu werden verdient, aber Zeit und weitere Erfahrungen erforderlich sind, um ein endgültiges Urtheil zu gewinnen.

PAUL RAUGÉ.

31) **W. Warren. Die Nasenscheidewand. (The nasal septum.)** *The Physician and Surgeon. August 1897.*

V. bespricht die Anatomie, Entwicklungsgeschichte und die Abnormitäten des Septum. Er meint, die Einführung so vieler trockener Hitze in unser Leben hätte die Zufügung einer weiteren Fläche zur Anfeuchtung der Luft in der Nase nöthig gemacht. Wenn wir annehmen, dass die Function der Nase in dem Maasse gesteigert ist, wie der Oberkiefer an Grösse abgenommen hat, so können wir die allmähliche Veränderung des Gesichtswinkels wohl verstehen und die Annahme erscheint nicht vernünftig, dass gewisse sehr häufige Deviationen des Septums deshalb zu stande kommen, weil Kiefer und Nase nicht auf einander passen. (?)

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

32) **W. H. Luckett. Abscess der Nasenscheidewand; Krankengeschichte eines Falles. (Abscess of the nasal septum; report of a case.)** *New York Polyclinic. 15. October 1897.*

Die Affection entstand in Folge eines Faustschlages.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

33) **H. L. Taylor. Behandlung der submucösen Infiltration der Seiten des Nasenseptums mit der scharfen Curette. (Treatment of submucous infiltration of the sides of the nasal septum with the sharp curette.)** *Northwestern Lancet. 15. September 1897.*

Verf. spricht von den Verdickungen am oder nahe am hinteren Rande des Septums. Er entfernt diese Wucherungen mit einer Simpson'schen Uteruscurette, die unter der Leitung eines Nasenspiegels gehandhabt wird.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

34) **E. H. Griffin. Deformitäten der Nasenscheidewand. (Deformities of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 12. Juni 1897.*

Unter 250 Fällen von catarrhalischer Erkrankung der oberen Luftwege constatirte Verf. 192 mal Verbiegung des Septum; 133 Fälle von diesen betrafen Männer, 59 Frauen. Nur 13 Patienten klagten über Verstopfung der Nase und 27 über Symptome, die direct auf die Nase hinwiesen. Die Symptome, zu deren Behandlung die Patienten den Arzt aufsuchten, waren: Verstopfung der Nase

13 mal; Nasencatarrh 2 mal; Erbrechen 5 mal; Halsweh 39 mal; Taubheit 12 mal; Würgen im Hals 8 mal; Heiserkeit 3 mal; Bronchitis 47 mal; Nasenbluten 7 mal; schwache Stimme 24 mal; Otitis media 3 mal; Heufieber 8 mal; Asthma 8 mal; Schnarchen 5 mal; kurzer Athem 1 mal; Fremdkörper im Halse 1 mal; Kopfschmerz 6 mal. — Zur Operation der Deformität sind Säge und Messer die geeignetsten Instrumente.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **Jos. E. Fuld. Ein neues Messer für die Nasenscheidewand. (A new septum knife.)** *Medical Record. 16. October 1897.*

Beschreibung des Instrumentes; das Messer ist an beiden Rändern scharf.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

36) **J. H. Atlee. Gewöhnliches Halsweh. (Common sore throat.)** *Med. Review. 6. November 1897.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

37) **E. Yonge. Die Häufigkeit von Halserkrankungen unter den Schullehrerinnen in Manchester. (The prevalence of throat affections among female elementary school teachers in Manchester.)** *Brit. Med. Journal. 25. September 1897.*

100 Lehrerinnen wurden untersucht, 45 zeigten Erkrankung des Larynx oder Pharynx.

ADOLPH BRONNER.

38) **L. Zilgien. Eine bisher nicht beschriebene Complication des anginösen Fiebers. (Une complication non encore signalée de la fièvre angineuse.)** *Rev. méd. de l'Est. 15. October 1897.*

J. berichtet über 3 Fälle von Angina oder Amygdalitis, bei denen in der Periode der Reconvalescenz Anfälle von Angina pectoris auftraten. Alle 3 Kranke hatten vorher niemals ähnliche Zufälle gehabt. Z. deutet die Herzerscheinungen als nervös und neuralgisch und erklärt sie durch den Eintritt infectiöser Producte in das Blut und durch directe Wirkung auf die Herznerven.

A. CARTAZ.

39) **E. J. Richter. Die verschiedenen Formen von Angina. (The different forms of angina.)** *Med. Sentinel. Juni 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

40) **M. M. P. Busquet. Der Einfluss der Erkältung auf die Entwicklung der verschiedenen Formen von Angina. (The influence of cold in the development of different forms of angina.)** *N. Y. Med. Journal. 27. November 1897.*

Allgemein anerkannt ist, dass Erkältung die häufigste Ursache von Angina bildet. B. stellt eine Reihe von Beobachtungen zusammen, aus denen er schliesst,



dass die wirkliche aetiologische Bedeutung der Erkältung in den Hintergrund treten muss vor dem infectiösen Agens, das die primäre Rolle spielt.

LEFFERTS.

41) **V. E. Smith. Rheumatische Halserkrankung. (Rheumatic sore throat.)** *Med. Progress. November 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

42) **Felix Peltesohn** (Berlin). **Ueber Angina und Rheumatismus.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. u. Rhinol. VII. H. 1. p. 58. 1897.*

Aus einer sehr fleissigen Zusammenstellung des umfangreichen literarischen Materials über die Frage des Zusammenhangs zwischen Angina und Rheumatismus zieht Verf. folgendes Facit: „Angina lacunaris, akuter Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus und gewisse dabei vorkommende Hauterkrankungen sind ätiologisch einander nahestehende Krankheiten. Sie verdanken ihre Existenz gewissen Infectionsträgern, die wahrscheinlich in ihrer Virulenz abgeschwächte Mikroben der Pyaemie sind. Die Invasion der Mikroben wird begünstigt durch gewisse krankhafte Zustände der Nase und Mundrachenhöhle. Ungünstige sociale und hygienische Verhältnisse, wie schlechte Ventilation und Canalisation, niedriger Grundwasserstand, verminderte Alkalescenz des Blutes, starke Uebermüdung, Obstipation scheinen die Möglichkeit einer Infection zu vergrössern. Die Verschiedenheit der Symptome, welche die genannten Krankheiten erzeugen, hängt von der Virulenz des Mikrokokken, der Widerstandsfähigkeit des Organismus und den Wegen, welche den Kokken freistehen, ab.

F KLEMPERER.

43) **Tresilian. Halsaffectionen bei Typhus. (Throat lesions in typhoid fever.)** *N. Y. Med. Journal. 18. December 1897.*

T. theilt 4 Fälle von Typhus mit, die nacheinander zur Aufnahme kamen und bei denen Erkrankungsprocesse im Halse vorlagen. Die Fälle lehren, dass beim Typhus eine entzündliche und manchmal eine spezifische Ulceration im Halse in einem frühen Stadium der Erkrankung vorkommen kann und zwar in einer Zeit, ehe die Typhusdiagnose noch recht gesichert ist, in der ersten Krankheitswoche. Die Fälle lehren auch, dass in einem Falle mit spezifischen Läsionen im Halse die Contagion durch den Athem die Umgebung gefährdet.

LEFFERTS.

44) **B. F. R. Clark. Nase und Hals bei Scharlach. (The nose and throat in scarlet fever.)** *Philadelphia Polyclinic. 1. Mai 1897.*

Im Anschluss an einen Fall von Scharlach, den er beobachtet hat, bespricht Verf.;

1. die Bedeutung von Nase und Hals als Eintrittspforten für das Contagium,
2. ihre diagnostische Bedeutung. Verf. hält bei Vorhandensein von Fieber, Uebelkeit und Halsweh die Isolirung für gerechtfertigt, noch ehe Ausschlag auftritt,

3. den Werth von Nase und Hals als Anzeiger für die Schwere der Infection und als prognostische Fingerzeige. Die Intensität der Angina geht nach Verf. der Schwere der Krankheit parallel,
4. die Indicationen für die locale Therapie,
5. die vorwiegenden Symptome der Scharlachangina.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

45) **H. M. Mc Clamahan. Ein Spray bei Scharlachangina. (A spray for scarlatinal angina.)** *N. Y. Med. Journal. 18. September 1897.*

Rp. Aqu. oxygenata 30,0
Natrium bicarbon. 1,08.
Aqua destill. 60,0.
M. D. S. 2stündlich als Spray zu benutzen.

LEFFERTS.

46) **Smester. Die Siphonnage bei den Affectionen des Halses. (Le siphonnage dans les affections de la gorge.)** *Société de thérapeutique. 22. Dec. 1897.*

Verf. empfiehlt bei entzündlichen oder infectiösen Erkrankungen des Halses eine brüske Injection von Selterser Wasser mittelst des Siphons unter dem Maximum seines Druckes. Das Mittel, das ein wenig heftig scheint, ist weder schmerzhaft, noch unangenehm; es scheint vielmehr wirklich eine anästhesirende Wirkung hervorzurufen.

Verf. glaubt, dass man diese Methode verallgemeinern kann, indem man den Siphon mit verschiedenen medicamentösen Lösungen belädt.

PAUL RAUGÉ.

47) **Redact. Notiz. Ein Gurgelwasser für Halsweh. (A gargle for sore throat.)** *Medical News. 18. September 1897.*

0,72—1,2 g Alumen ammonio-ferrat. in 240 ccm Wasser gelöst lasse man ein paar Stunden hindurch in kurzen Pausen gurgeln; in einfachen Fällen wird das Halsweh dadurch beseitigt.

LEFFERTS.

48) **Redact. Bemerkung. Ein adstringirendes Gurgelwasser. (An adstringent gargle.)** *Medical News. 18. September 1897.*

Rp. Extr. Rhus glabrae
Extr. Hydrastin fluid ana 30,0
Kalii chlorat. 5,625
Glycerin 30,0
Aqu. dest. qu. s. ad 180,0.
M. D. S. 1 Kinder- bis 1 Esslöffel voll in ein wenig Wasser zum Gurgeln.

LEFFERTS.

49) **J. W. England. Gurgelwasser bei geröthetem Zahnfleisch. (Red gum gargle.)** *Philadelphia Polyclinic. 29. Mai 1897.*

Recept und genaue Anweisung zur Bereitung des Gurgelwassers.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **Redact. Notiz. Recept für catarrhalische Halsschmerzen. (For catarrhal sore throat.)** *Medical News. 25. September 1897.*

Rp. Alumin. pulverat. 15,0
Ac. hydrochlor. dilut. 0,6
Mellis 3,75
Aqu. destill. q. s. ad 30,0.

M. D. S. Mit 240 ccm Wasser verdünnt als Gurgelwasser zu gebrauchen.

LEFFERTS.

51) **De la Carrière. Nicht-diphtheritische Halsaffectionen bei Kindern. (Non-diphtheritic throat affections in children.)** *N. Y. Med. Record. 2. October 1897.*

Rp. Salol 1,875
Ol. amygdal. dulc. 3,75
Syrup. 15,0
Aqu. dest. 75,0.

Zur Geschmacksverbesserung kann Pfefferminz, Vanille, Orangenblüthen- oder Kirschlorbeerwasser hinzugesetzt werden. Das Salol wird fortgelassen, sobald der Urin dunkel gefärbt ist.

LEFFERTS.

52) **G. Krebs** (Hildesheim). **Was ist Pharyngitis sicca?** Vortrag, gehalten in der 69. Vers. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Braunschweig am 27. September 1897. — *Wiener klin. Rundschau. No. 48. 1897.*

Die Ausführungen des Vortragenden gipfeln darin, dass K. behauptet, „es giebt keine Phar. sicca; dies ist nur ein Name, unter welchen man mehrere ganz verschiedenartige Krankheiten zusammengeworfen hat und zwar im Wesentlichen folgende:

1. Diejenigen Fälle, in welchen man Phar. sicca aus dem Firnissglanze oder aus den Borken diagnosticirt — diese sind normale Pharyngen oder auch entzündete, welche mit Nasenschleim oder Eiter bedeckt sind.

2. Eine Reihe von Fällen bilden die chronischen Halscatarrhe, welche durch behinderte Nasen- und habituelle Mundathmung erzeugt werden. — Hierbei hat das Gefühl der Trockenheit zur Benennung Phar. sicca geführt.

3. Jene Fälle von Trockenheitsgefühl im Rachen und Munde als Symptom des Diabetes und der Albuminurie.

4. Jene Gruppe von Fällen, bei welchen ein chronischer Catarrh des Pharynx zufällig mit Atrophie verbunden ist — aus anderweitigen Ursachen.

Verf. wirft die Frage hauptsächlich in Bezug auf die Therapie auf und stellt locale Pinselungen bei obengenannten Leiden als gänzlich erfolglos hin.

CHIARI.

53) **Redact. Notiz. Ein Spray bei Pharyngitis sicca. (A spray for pharyngitis sicca.)** *N. Y. Med. Journal. 16. October 1897.*

Rp. Ac. carbol. 3,6
Tct. Jodi 0,024
Tct. Aloes 0,036

Tct. Opii gtt. 10
Glycerin. ad 30,0.
M. Mehrmals täglich als Spray zu verwenden. LEFFERTS.

54) **Sajous. Gegen atrophische Pharyngitis. (For atrophic pharyngitis.)** *Med. News. 30. October 1897.*

Rp. Pilocarpin. muriat. 0,12
Aqu.
Glycerin. ana 30,0.
M. D. S. 3mal täglich 1 Theelöffel voll. LEFFERTS.

55) **Nachod** (Prag). **Lupus der Pharynxschleimhaut.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 29. October 1897. — *Prager medicin. Wochenschrift. No. 47. 1897.*

30proc. Milchsäure. — Nach 6 Wochen Heilung. CHIARI.

56) **M. F. Weymann. Fischgräten im Rachen. (Fish bones in the pharynx.)** *Med. Herald. Januar 1897.*

Verf. theilt 3 Fälle mit und schliesst daraus, dass

1. die Gräten fast immer in den Seitenwänden ein wenig oberhalb der Plicae ary-epiglotticae stecken;
2. dass sie gewöhnlich kurz sind mit scharfen Enden;
3. tief in die Gewebe eindringen;
4. selten im Spiegel zu sehen sind;
5. dass sie mit dem Finger localisirt und
6. mit der Zange extrahirt werden können;
7. eine empfindliche Stelle bleibt zurück.
8. Gewöhnlich können sie von den Patienten localisirt werden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

57) **Verstraete. Beobachtungen über den Retropharyngealabscess bei Kindern. (Observations d'abscès retro-pharyngiens chez les enfants.)** *Nord. méd. p. 35. 1. Februar 1897.*

Verf. berichtet über 5 Fälle von Retropharyngealabscess bei Kindern von 5 Wochen, 8, 13, 15 und 18 Monaten. In einem Falle kam es zur Resolutio, in einem zur spontanen Eröffnung des Abscesses; zwei Fälle wurden vom Pharynx aus incidirt. Im letzten Falle endlich, bei dem Kind von 8 Monaten, wurde an der Seite des Halses incidirt; dieser Fall starb. A. CARTAZ.

58) **Clopatt** (Finland). **Ueber acute retropharyngeale Abscesse bei Kindern. (Om akut retrofaryngeal abscess hos barn.)** *Finska Läkaresällskapets Handlinger. S. 918. November 1896.*

Fall 1. 6 Monate alter Knabe. Nach einem acuten Nasenrachencatarrh entwickelte sich ein retropharyngealer Abscess. Incision von der Mundhöhle. Heilung. — Fall 2. 2jähriger Knabe mit acuten Schlundsymptomen, Respiration beschwert, cyanotisch. Incision eines retropharyngealen Abscesses, Heilung. —

Ganz in derselben Weise ging es mit Fall 3 (2 Monate altes Mädchen), Fall 4 (2jähriger Knabe) und Fall 5 ($1^1/_2$jähriges Mädchen), die alle incidirt und geheilt wurden. Im Falle 6 (4 Monate altes Mädchen) reproducirte sich der Abscess nachdem er entleert war und musste wieder incidirt werden. SCHMIEGELOW.

59) **W. Koplik. Ueber acuten Retropharyngalabscess.** *Wiener chirur. Centralblatt. No. 18. 1897.*

77 Fälle von Retropharyngealabscess bei Kindern und Säuglingen. Am häufigsten beobachtete Verf. denselben zwischen dem 6. und 12. Lebensmonate. K. tritt für die innere Eröffnung des Abscesses ein und bespricht die Technik der Operation. CHIARI.

60) **F. Huber. Retropharyngealabscess. (Retro-pharyngeal abscess.)** *Archiv Pediatrics (N. Y.). Juni 1897.*

H. empfiehlt die Eröffnung des Abscesses mit der Zange anstatt mit dem Messer, weil die Gefahr der Blutung dabei geringer ist und die Wunde sich nicht so schnell wieder schliesst. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **C. E. Munger. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *The Laryngoscope. Juni 1897.*

Kurze Uebersicht über die Natur und Behandlung dieser Krankheit. Bericht über einen Fall bei einem 37jährigen Manne. FROTHINGHAM (LEFFERTS).

62) **Frank L. Stillman. Ein Fall von acuter eitriger Mittelohrentzündung complicirt mit Retropharyngealabscess. (Report of a case of acute purulent otitis media complicated by retropharyngeal abscess.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Februar 1897.*

Sehr ausführliche Krankengeschichte des in mancher Hinsicht interessanten Falles. Verf. stellt folgende Fragen: 1. Ist es nicht wahrscheinlich, dass die schweren Hirnsymptome durch die Bildung und Retention von Eiter zwischen dem Ohr und Rachen verursacht wurden? 2. Auf welchem Wege gelangte der Eiter zu dem Rhinopharynx? Nach Verf.'s Ansicht nahm die Eiterung ihren Weg entlang der Scheide des Musc. tensor tympani. LEFFERTS.

63) **Sila-Nowitzki. Asphyxia ex abscesso retropharyngeali.** *Djetskaja medizina. No. 1. 1897.*

Bei einem 4monatlichen Kinde hört beim Untersuchen mit dem Spatel die Athmung, welche ohnehin sehr behindert war, plötzlich auf. Der Einschnitt mit dem Pharyngotom befördert viel Eiter aus der vorgewölbten hinteren Rachenwand hervor. Trotz künstlicher Nachhilfe kehrt die Athmung erst dann wieder, als der Kranke mit hängendem Kopfe geschüttelt wurde und dabei noch viel Eiter sich entleerte. P. HELLAT.

d. Diphtheritis und Croup.

64) **Ferré** und **Creignon. Morphologische Variationen des Loeffler'schen Bacillus. (Variations morphologiques du bacille de Loeffler.)** *Soc. d'anatom. et de physiol. de Bordeaux. Journ. de Méd. de Bordeaux. No. 51. 19. December 1897.*

Die Verff. konnten in ihren Versuchen die kurze Abart der Loeffler'schen Bacillen in zwei andere Formen (lange und mittlere) umzüchten. Zwischen der Länge des Bacillus und dem Grade der Virulenz besteht keine Beziehung.

E. J. MOURE.

65) **G. H. Lemoine. Die Virulenz der Loeffler'schen Bacillen im Zusammenhang mit den klinischen Formen der diphtheritischen Angina. (The virulence of the bacilli of Loeffler in connection with the clinical forms of diphtheritic angina.)** *N. Y. Med. Record. 20. November 1897.*

Im Allgemeinen stimmten das Resultat des Thierversuchs und die klinischen Erscheinungen des betreffenden Krankheitsfalles gut überein. Massgebend aber für die Diagnose und auch für die Entscheidung über den Eingriff, der vorgenommen werden soll, bleibt doch das klinische Bild (vergl. diesen Band No. 7, S. 371).

LEFFERTS.

66) **Escherich** (Graz). **Ueber die Virulenz der Diphtherie in Bonn. (Bemerkung zu einer Arbeit des Dr. Strassburger.)** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 52. 1897.*

E. constatirt, dass Strassburger in seiner Arbeit, die in der Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, Bd. XXV, Heft 3, erschien, mit Unrecht sich gleichsam als erster Gegner der französischen Theorie — Parallelismus zwischen Virulenz der Infectionserreger und dem klinischen Verlauf der Erkrankung — bezeichnet, indem er u. A. aus Escherich's Buch, in welchem der Autor die diesbezüglichen Untersuchungen niedergelegt hat, mehrfach Literaturangaben citirt, ohne mitzutheilen, dass seine Angaben eigentlich nur die Bestätigung der Resultate E.'s seien.

CHIARI.

67) **Redact. Notiz. Die Verbreitung der Diphtherie durch Bleistifte. (Alleged spread of diphtheria by means of pencils.)** *N. Y. Medical Record. 27. November 1897.*

In Indianopolis wurde aus Anlass einer ungewöhnlichen Zunahme der Diphtherie unter den Schulkindern eine Commission eingesetzt, die ihre Untersuchungen jetzt geschlossen hat. Dieselbe nimmt eine Verbreitung der Krankheit durch die Bleistifte und Federhalter an. Die Schulkinder legen diese am Nachmittag in das Pult des Lehrers, am nächsten Morgen werden sie wieder vertheilt. Es wird eine Sterilisirung der Bleistifte vor der morgendlichen Vertheilung vorgeschlagen.

LEFFERTS.

68) **A. L. Williams** und **A. Foulerton. Ueber die Uebertragung von Diphtherie durch anscheinend gesunde Personen. (On the conveyance of diphtheritic infection by apparently healthy individuals.)** *Lancet. 23. October 1897.*

Ein Schulknabe hatte eine Mandelentzündung im Februar 1896; Diphtheriebacillen wurden nicht gefunden. Im Mai ging er wieder zur Schule. Im Juli und November wurden mehrfache Ausbrüche von Mandelentzündung in der Schule constatirt und im December fanden sich auf den Tonsillen des ersterkrankten Knaben Loeffler'sche Bacillen. Ein Diener, der diesen Knaben öfter aufsuchte, erkrankte im December an Diphtherie.

ADOLPH BRONNER.

69) **P. C. Smith. Zur Aetiologie der Diphtheritis mit besonderer Beziehung auf 2 lokalisirte Epidemien in Wandsworth. (Etiology of diphtheria with special reference to two localised outbreaks in Wandsworth.)** *Lancet. 16. Oct. 1897.*

Die eine Epidemie wurde durch den Schluss der Schule zum Stehen gebracht. Beide Epidemien waren von verschiedener Bösartigkeit. Die Milchversorgung wurde sorgfältig geprüft, aber als gut befunden.

ADOLPH BRONNER.

70) **M. Niemeyer** (Monnikendam). **Einige Bemerkungen zu einer Diphtherie-Epidemie. (Een en ander naar aanleiding eener diphtherie-epidemie.)** *Med. Weekbl. IV. No. 51.*

Eindrücke einer 235 Fälle betreffenden Epidemie.

H. BURGER.

71) **R. L. Patterson. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Med. Progress. October 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

72) **J. C. Wilson** (Philadelphia). **Nervöse Taubheit bei Diphtheritis. (Nerve deafness in diphtheria.)** *Americ. Journ. Med. Scienc. October 1897.*

Der W.'sche Fall war nach seinem klinischen Aussehen eine Diphtherie, der bakteriologische Nachweis der Loeffler'schen Bacillen aber gelang nicht. Als Complication trat plötzlich beiderseitige totale Taubheit auf, eine seltene Complication bei Diphtherie. Alles wies darauf hin, dass die Ursache der Taubheit im Labyrinth zu suchen war. Von nervösen Symptomen, die ebenfalls für die diphtheritische Natur des Falles sprachen, ist noch eine Accommodationsstörung und eine Schwäche der Halsmuskeln zu verzeichnen.

A. LOGAN TURNER (P. MC. BRIDE).

73) **E. Rosenthal. Folgekrankheiten nach Diphtherie. (The sequelae of diphtheria.)** *Med. Progress. October 1897.*

Kurze Beschreibung der häufigeren Nachkrankheiten nach Diphtherie.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

74) **E. C. Rankin. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Medical Herald. November 1897.*

Nichts von Interesse.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).



75) **G. Newton Snively. Die gegenwärtige Mortalität an Diphtherie unter der Serumbehandlung und die Möglichkeit einer weiteren Reduction derselben. (The present mortality by diphtheria; upon what its further reduction by the antitoxic serum depends?)** *N. Y. Medical News. 20. November 1897.*

Verf. constatirt die erhebliche Abnahme der Diphtheriesterblichkeit seit der Serumbehandlung. Die Verbesserung der Stärke des Serums und der Methode seiner Anwendung, das Eindringen desselben in immer weitere Kreise und schliesslich die zunehmenden Kenntnisse betr. der richtigen Dosirung u. a. m. werden die Mortalität noch weiter herabsetzen.

LEFFERTS.

76) **Damieno. Die ersten hundert Fälle von Diphtheritis, behandelt mittelst Heilserum. (I primi cento casi di Difterite trattati con siero curativo.)** *Arch. Italiano di Otologia, Rinologia, Laringologia. Anno V. 1897.*

Von sämmtlichen bis jetzt von Prof. Massei und dem Autor behandelten Fällen werden hier hundert der interessantesten ausgewählt und zwar 50 Diphtheritis- und 50 Croupfälle, welche die positive Wirkung des neuen Heilmittels erweisen. Die 50 Fälle von Diphtheritis ergaben 45 Heilungen und 5 tödtliche Fälle, die 50 Croupfälle 36 Heilungen und 14 letale. Bei den letzteren wurde die Intubation 27 mal gemacht mit 18 Heilungen und 9 letalen Fällen. Der Tod erfolgte 5 mal durch absteigenden Croup und 2 mal wegen darauffolgender Lungenentzündung; 2 Fälle wurden dem Tode nahe eingeliefert. Von den 23 ohne Intubation behandelten Fällen wurden 18 geheilt und 5 starben. Daraus lässt sich schliessen, dass der wirkliche Procentsatz der Todesfälle nicht dem Heilserum, sondern der Larynxstenose zugeschrieben werden muss. Durch das Serum wird die Krankheit um die Hälfte verkürzt. Zuerst erfolgt die Allgemeinbesserung und dann die lokale. Es kann als sicher erachtet werden, dass bei Anwendung des Heilserums oft die Intubation als unnöthig unterbleiben kann. Was die Aetiologie betrifft, so behaupten nach Verf. die gemischten Formen gegenüber den reinen den Vorrang.

Was den Einfluss des Serums auf die Nieren anlangt, so war keiner jener unheilvollen Einflüsse zu bemerken, welche soviel Aufsehen erregten und soviele Polemiken hervorriefen.

Schliesslich wird bemerkt, dass die Uebelstände, die der Serumtherapie noch anhafteten, mit den fortschreitenden Verbesserungen des Serums abnahmen.

Autoreferat.

77) **E. H. Troy. Die Serumbehandlung bei Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Med. Fortnightly. 1. October 1897.*

Bericht über einen einzelnen Fall.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

78) **Gra. D. Paine. Die Behandlung von 43 Fällen von Diphtherie mit Serum. (The treatment of forty-three cases of diphtheria with antitoxin)** *Medical News. 9. October 1897.*

42 Patienten genasen. Der eine letal endigende Fall betrifft ein Kind von 2 Jahren. Dasselbe litt seit 3 Tagen an diphtherischem Croup; es erhielt 1000 Immunitätseinheiten und starb 20 Stunden nach der Injection.

LEFFERTS.

79) **Lennox Browne. Der Gebrauch von Diphtherieserum bei nicht-diphtheritischen Erkrankungen. (The employment of diphtheric antitoxin for non-diphtherial diseases.)** *Brit. Med. Journal. 9. October 1897.*

Verf. wendet sich scharf gegen die in der Abtheilung für Pharmakologie des Montreal Meeting laut gewordenen Empfehlungen des Serums für nicht-diphtheritische Erkrankungen.

ADOLPH BRONNER.

80) **A. E. Bieser, W. H. Thompson, Dillon Brown** u. A. **Ueber rationelle Behandlungsmittel gegen Diphtherie. (A plea for rational therapeutics in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 20. November 1897.*

Eine eingehende Discussion über die Behandlung der Diphtherie in der N. Y. Medico-Chirurgical Society. Bieser, der die Discussion eröffnet, ist nicht der Meinung, dass man mit der Seruminjection allein seinen Pflichten Genüge gethan habe und sonst nichts zu geben brauche. Bei manchen Fällen, so besonders bei Mischinfectionen und wenn die Nierenfunction geschwächt ist, wird besser das Serum fortgelassen. Man soll den Kranken behandeln und nicht die Infection. B. will die Secretionen anregen, da gesunde Secrete der Bakterien-Invasion entgegenwirken; dazu sind 3 Mittel geeignet, nämlich 1. Ipecacuanha, 2. Eisen und 3. Quecksilber. Namentlich auf das Quecksilber hält B. grosse Stücke. Zusammen mit Whiskey und Eisen, frühzeitig genug und in grossen Dosen gegeben, heilt es nach B.'s Erfahrungen jeden Fall, den das Serum zu heilen vermag.

Thompson spricht über die Specificität der Diphtherie und die charakteristischen pathologischen Veränderungen bei derselben. Porter erklärt, dass sein Vertrauen in das Serum bisher noch gering ist. Mc Envoe hält Brom für das beste Mittel. Vissman weist darauf hin, dass man die bakteriologische Diagnose unmöglich in 24 Stunden sichern könne.

Die Frage, ob die Serumbehandhung gefahrlos sei, wird von G. Bieser verneint, von A. E. Bieser bejaht.

Für die Abnahme der Mortalitätsziffer der Diphtherie können ganz unabhängig von der Serumtherapie drei Factoren zur Erklärung dienen: 1. Eine bestimmte Anzahl durch bakteriologische Untersuchung sicher gestellter Fälle von Diphtherie, die Serum bekommen haben, wird mit einer unbegrenzten Zahl diagnostisch unsicherer und indifferent behandelter Fälle verglichen; 2. die urtheilslose, oft schädliche Localbehandlung ist weggefallen; 3. die Zahl der milden Fälle hat zweifellos zugenommen.

LEFFERTS.

81) **Starr. Gegen Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 27. November 1897.*

Hydrarg. chlorat. mit. 1,0
Natrii bicarbon. 14,0.
Pulv. aromat. 6,0.
M. f. pulv. No. XII. S. 2ständl. ein Pulver.

LEFFERTS.

82) **W. Ewart. Günstige Erfolge der Einführung von Kreosotöl durch die Tracheotomiecanüle bei Verstopfung der Trachea durch Diphtheriemembranen. (Favourable results in obstruction of the trachea by diphtherial membrane**

from the introduction of creosoted oil through the tracheotomy tube.) *Brit. Med. Journ. 27. November 1897.*

2jähriges Kind mit Diphtherie war tracheotomirt und hatte auch Serum bekommen. Die Canüle aber wurde häufig durch Stücken von Membranen verstopft. Verf. tropfte häufig ein paar Tropfen von Kreosotöl (1—20) in die Canüle, worauf der Husten nachliess und die Membranen leicht ausgestossen wurden.

ADOLPH BRONNER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **Wm. Milligan. Angina der vorderen Epiglottisfläche. (Angina epiglottidea anterior.)** *N. Y. Med. Journal. 25. September 1897.*

Beschreibung von 2 Fällen. Der Hauptsitz der Entzündung ist die vordere Fläche der Epiglottis, die stark geschwollen und glänzend roth ist; an den Gaumenbögen sowie an den falschen Stimmbändern nur mässige Congestion; die Zungenbasis mit einem starken Belag bedeckt.

LEFFERTS.

84) **Cérineau. Das acute primäre Kehlkopfoedem beim Erwachsenen. (Des oedèmes aigus primitifs du larynx chez l'adulte.)** *Thèse de Bordeaux. 1897.*

Verf. stellt alles, was von acuten Kehlkopfödemen bekannt ist, zusammen. Er sucht die ödematöse Laryngitis durch Erkältung, die nicht infectiöser Natur ist, zu rehabilitiren. Was die Behandlung anbelangt, so rühmt C. die von seinem Lehrer Moure empfohlene Methode der Abtragung eines Stücks der ödematösen Geschwulst.

E. J. MOURE.

85) **Ch. Franck. Chronische Entzündung der Halsdrüsen, acute Angina, ödematöse Laryngitis, Laryngotomia intercrico-thyreoidea, Heilung. (Adenite cervicale chronique, angine aigue, laryngite oedemateuse, laryngotomie intercrico-thyroidienne, guérison.)** *Arch. de méd. milit. December 1897.*

Die Ueberschrift kennzeichnet den Verlauf des Falles.

A. CARTAZ.

86) **Ringer. Zur Behandlung der chronischen Laryngitis. (For chronic laryngitis.)** *Medical News. 30. October 1897.*

Verf. wendet Argentum nitricum (0,03—0,3 : 30,0) mittelst des Zerstäubers an.

LEFFERTS.

87) **Redact. Notiz. Sisymbrium officinale bei der Behandlung der Laryngitis. (Sisymbrium officinale in the treatment of laryngitis.)** *N. Y. Med. Journal. 23. October 1897.*

Dse Pflanze, die auch als Erysimum officinale bekannt ist, war früher officinell und galt als Diureticum und Expectorans. Ihre Anwendung bei Laryngitis, speciell bei Heiserkeit und Aphonie der Sänger, wurde kürzlich von Hermary wieder empfohlen, der über günstige und sehr schnelle Wirkungen des Mittels berichtet. Dasselbe wird als Infus gegebens.

LEFFERTS.

88) **C. W. Richardson. Ein Fall von Perichondritis des Schildknorpels. (A case of perichondritis of the thyroid cartilage.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1897.*

24jähriger Mann. In der Anamnese nichts von einem Trauma. Schmerzen seit einer Woche, an Intensität langsam zunehmend. Aeusserlich und innen Schwellung über dem Schildknorpel. Incisionen in das ödematös geschwollene Gewebe aussen am Halse brachten nur vorübergehend Besserung. 2 Tage später hatte sich ein Abscess gebildet, bei dessen Incision eine grosse Menge Eiter entleert wurde. Die Heilung verlief rasch; es blieb nur eine leichte Deformität zurück.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

89) **Price-Brown. Ein Fall von intralaryngealer Mycose. (A case of intralaryngeal mycosis.)** *The Canadian Practitioner. Juli 1897.*

19jähriger Student, seit drei Wochen mit zunehmender Heiserkeit erkrankt. Schmerz nach dem Husten und leichte Dysphagie. Die Stimmbänder und Aryknorpel sind hyperämisch; man sieht mehrere hervorragende weisse Stellen, eine derselben etwa Weizenkorngross, an dem linken Taschenbande, nahe seiner Mitte und an seinem hinteren Ende. Am rechten Taschenbande ist nur ein einziger Fleck dieser Art. Weder 50 pCt. Milchsäure, noch Chromsäure, noch 10 pCt. Argentum nitricum haben irgend welchen Einfluss auf diese weissen Gebilde. Dieselben werden dann mit dem Galvanokauter zerstört und kehren nicht wieder. Die Lunge schien auf Tuberculose vedächtig; mit der Heilung der Kehlkopfmycose aber verschwanden auch die Lungensymptome.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

90) **Lacroix. Frühzeitiges Oedem bei secundärer Syphilis des Kehlkopfs. (Oedème précoce dans la syphilis secondaire du larynx.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 6. 1897.*

Junge Frau, seit 3 Monaten verheirathet, leidet an Dysphagie infolge von isolirtem Oedem der rechten Plica ary-epiglottica. Einen Monat später erschienen Plaques muqueuses auf den Mandeln und 3 Wochen nach diesen Syphilide auf der Haut. Der Verf. glaubt, dass es sich dabei um ein bisher nicht beschriebenes Frühödem bei secundärer Syphilis handelt.

E. J. MOURE.

91) **E. H. Griffin. Tuberculose mit Syphilis des Kehlkopfs. (Tuberculosis with syphilis of the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 27. November 1897.*

Aus einem Beobachtungsmaterial von 50 Fällen zieht Verf. folgende Schlüsse: 1. Tuberculöse und syphilitische Ulcerationen finden sich nebeneinander im Kehlkopf; 2. die Gegenwart eines syphilitischen Geschwürs neben einem tuberculösem übt einen günstigen Einfluss auf den Fortschritt des letzteren. Die Behandlung der Syphilis verlängert das Leben des Patienten. 3. Die mikroskopische Untersuchung vermag in diesen Fällen nicht alles zu leisten, da Tuberkelbacillen wohl gefunden werden, wenn Phthise vorliegt, das specifische Element aber, wenn Syphilis mitspielt, nicht zu sehen ist. 4. In Mischfällen schreitet das syphilitische Ulcus gewöhnlich rascher vor, als das tuberculöse; es ist aber auch, wenn die Diagnose richtig ist, leichter in Grenzen zu halten und zu heilen.

LEFFERTS.

92) **R. Mc Kimmie. Ein Fall von chronischer ulcerativer Tuberculose der Fauces und des Larynx — möglicherweise primärer Natur. (A case of chronic ulcerative tuberculosis of the fauces and larynx — possibly primary)** *Memphis Med. Monthly. September 1897.*

Dia Patientin war ein farbiges Mädchen von 13 Jahren. Warum die Rachen- und Kehlkopferkrankung als primäre angesehen werden soll, wird vom Verf. nicht ausreichend begründet.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

93) **R. Kafemann. Die Tuberculose in ihren Beziehungen zu den oberen Luftwegen sowie ihre und des Lupus örtliche Erscheinungen.** *Bresgen's Sammlung zwangl. Abhandl. u. s. w. II. Heft 4 u. 5. 1897.*

Wenngleich das Vorhandensein von Tuberkelbacillen in der Nase und im Rachen gesunder Personen kein seltenes ist, so ist nach K.'s Ueberzeugung ein Durchwandern der Bacillen durch das gesunde Epithel ausgeschlossen. Dagegen tritt im Anschluss an kleine operative Eingriffe in Nase oder Rachen bei Vorhandensein von Infectionsgelegenheiten zuweilen eine Lungentuberculose mit baldigem Exitus ein; K. berichtet über 2 solcher Fälle aus seiner Praxis. Eine directe Infection des Pharynx wird durch den eigenthümlichen Bau der Tonsillen begünstigt. Eine primäre Larynxtuberculose ist jedenfalls äusserst selten; eine recht wichtige Eingangspforte für die Infection des Larynx bilden die Ausführungsgänge der Schleimdrüsen.

K. bespricht dann die pathologische Anatomie der Kehlkopftuberculose, die Infiltration, Ulceration, die Tumoren, das miliare Knötchen, die Perichondritis u. s. w., die Erkrankungen der Hinterwand, der Stimmbänder, die Perichondritis aryt., die Veränderungen an den Taschenbändern, den aryepiglottischen Falten, der Epiglottis, sowie die Tuberculosis pituitariae laryngis und geht dann zur Diagnose über. In diesem Capitel vermisse ich die differentielle Diagnose zwischen Pachydermie und Tuberculose der hinteren Wand.

Es folgt die Beschreibung des Bildes der Rachen-, Mund- und Nasentuberculose; welch letzterem Capitel 2 Fälle von Tuberculose eigener Beobachtung eingefügt sind.

Der Lupus charakterisirt sich durch die Knötchenform, durchschnittlich hirsekorngrosse Erhabenheiten; die lupösen Ulcerationen sind unschwer von den tuberculösen, nicht so leicht von den syphilitischen zu unterscheiden. In ersterer Beziehung hätte ich die Betonung des langsameren Verlaufes bei lupöser Erkrankung gegenüber der Tuberculose gewünscht.

A. ROSENBERG.

94) **J. W. Gleitsmann. Die Fortschritte in der Behandlung der Kehlkopftuberculose seit dem letzten internationalen Congress. (Report of the progress made in the treatment of laryngeal tuberculosis since the last international congress.)** *N. Y. Med. Record. 4. December 1897.*

Vortrag gehalten auf dem Moskauer Congress; vergl. den Bericht Centralblatt XIV 11. 2. p. 110.

LEFFERTS.

95) **Scheppegrell. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mittelst interstitieller Kupfer-Kataphorese und die Vorzüge der directen Laryngoscopie bei dieser Methode. Mittheilung von Krankengeschichten. (Traitement de la tuberculose laryngée par la cataphorèse interstitielle cuprique, avec observation. Avantages de la laryngoscopie directe dans cette methode.)** *Bull. et mem. d. l. soc. franç. de laryngologie. Paris. 1897. N. Y. Medical Record. 29. Mai 1897.*

Verf. benutzt einfache sphärische Electroden aus reinem Kupfer, die von einem Isolirmantel umgeben auf die erkrankten Flächen applicirt werden. Der Strom beträgt höchstens 5 Milliampères. Die Sitzungen werden alle 2 Tage wiederholt. Bei diesem Vorgehen findet nach Verf. keine eigentliche Zerstörung von Gewebe statt, keine Reaction und keine Blutung. Die Electrolyse kann von jedem angewendet werden und ist für alle Fälle anwendbar.

Sch. berichtet über 3 Fälle von Larynxphthise, in denen er durch die electrolytische Behandlung Besserung erzielt hat.

E. J. MOURE.

96) **Redact. Notiz. Zur localen Behandlung bei tuberculöser Laryngitis. (A local application for tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Medical News. 27. November 1897.*

Man cocainisirt zuerst den Larynx mit 10proc. Cocain und applicirt dann — anfangs schwächer, dann stärker —

Ac. carbolici 0,9—1,8
Ac. lactici 2,0—16,0
Glycerin 20,0.

LEFFERTS.

97) **Jankenevitch. Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 2. October 1897.*

Das Hauptmoment der Behandlung besteht in der Application von Chlorzink und Carbolglycerin in einer Concentration von 1 : 10 oder 1 : 5 je nach der Natur des Falles. Ausserdem wird folgender antiseptischer Spray empfohlen:

Acid. boric. 5,0
Ac. phenic 0,6
Glycerin 50,0
Aqu. laurocerasi 50,0
Aqu. 450,0.

Der Spray ist besonders im initialen catarrhalischen Zustande wirksam.

LEFFERTS.

98) **Le Marc'Hadour. Beitrag zur Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Contribution au traitement de la tuberculose laryngée.)** *Rev. hebd. de laryng. etc. No. 45. 6. November 1897.*

Abtragung eines Theiles der infiltrirten Kehlkopfschleimhaut und danach Pinselung mit reiner Milchsäure bringen die Dyspnoe und die Dysphagie der Halsphthisiker zum Verschwinden.

E. J. MOURE.

99) **James Donelan. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Guajacol, speciell bei submucöser Injection. (The guaiacol treatment of laryngeal tuberculosis especially by submucous injections.)** *Lancet. 25. December 1897.*

Verf. injicirt 0,06 gr. Guajacol unter die Schleimhaut in Intervallen von 4—7 Tagen. Die Dysphagie wird dadurch schnell gebessert.

ADOLPH BRONNER.

100) **Botey. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 25. December 1897.*

Verf. empfiehlt zur Behandlung bei tuberculöser Laryngitis eine Combination von Milchsäure und Carbolsäure in Glycerin. Er nimmt an, dass durch den anaesthesirenden Effect der Carbolsäure die Reizung durch die Milchsäure gemildert wird.

LEFFERTS.

101) **Ricardo Botey. Die Indicationen und Gegenindicationen der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose und die Resultate, die man von derselben erhoffen kann. (Indications et contraindications du traitement chirurgical dans la tuberculose du larynx et résultats, que l'on en peut espérer.)** Vortrag, geh. auf dem Int. Med. Congress in Moskau 1897. — *Arch. internat. de laryngol. No. 5. September-October 1897.*

Die chirurgische Behandlung soll unterbleiben bei zu ängstlichen Patienten, bei acut oder subacut Erkrankten, ferner bei vorgeschrittenen Fällen mit bacillärer Phthise, bei denen der gesammte Kehlkopf und beide Lungen erkrankt sind. Die Behandlung eignet sich gut für die lupösen Formen, für die sclerös-vegetirenden und für die begrenzten Tuberculosen. Im Ganzen sind es doch nur 15 bis 20% der Fälle, bei denen die chirurgische Behandlung angebracht ist. (Vergl. Centrbl. XIV. p. 111).

E. J. MOURE.

102) **M. Grossmann** (Wien). **Experimentelle Untersuchungen zur Symptomatologie der Posticuslähmung.** Vortrag, geh. im physiol. Club in Wien am 9. November 1897. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1897.*

Die Ergebnisse, welche G. aus seinen Versuchen abzuleiten sich berechtigt fühlt, lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Auch nach totaler Entfernung des Musculus cricoarytaenoideus posticus bewegt sich das Stimmband der operirten Seite mit jeder Inspiration nach aussen. In der Phase der Exspiration nähert es sich der Mittellinie und geht mit der nächsten Einathmung prompt und synchron wieder nach aussen. Bei einseitiger Posticusexstirpation muss man namentlich unmittelbar nach der Operation sehr genau beobachten, wenn man den minimalen Unterschied zwischen den Stimmbandbewegungen der operirten und der nicht operirten Seite bemerken soll.

2. Nach Abtragung beider Mm. postici setzen beide Stimmbänder mit jeder Ein- und Ansathmung ihre rhythmischen Aus- und Einwärtsbewegungen fort.

Die Excursionen sind so ausgiebig, dass man nach dem Eingriffe nur eine mässige Einschränkung der Stimmritzenerweiterung merkt.

Diese Beweglichkeit der Stimmbänder dauert, wie Sie sich an einem meiner Versuchsthiere überzeugen können, auch noch nach Wochen unverändert an.

3. Wenn wir durch Compression der Trachea künstlich Dyspnoe erzeugen, wird die Abduction der Stimmbänder in der Phase der Inspiration sowohl bei der einseitigen als auch bei der doppelseitigen Abtragung der **Mm.** postici noch wesentlich erhöht.

4. Weder nach der einseitigen, noch nach der doppelseitigen Exstirpation der Stimmritzenerweiterer bleibt das correspondirende Stimmband in irgend einer Position fixirt. Das ist, wie Sie sich heute überzeugen können, auch nach Wochen nicht der Fall. Wir sehen im Gegentheil, dass dieselben continuirlich die In- und Exspirationsbewegungen fortsetzen.

5. Die Phonationsbewegungen gehen bei der ein- und doppelseitigen Exstirpation noch vor sich.

6. Bei der doppelseitigen Abtragung der Mm. postici besteht eine Dyspnoe mit deutlichem Stenosengeräusche, die sich bei jeder Aufregung des Thieres merklich steigert.

7. Wird auf der einen Seite der M. posticus ausgeschaltet und auf der anderen Seite der N. recurrens durchschnitten, dann wird das Stimmband der letzteren Seite in einer Adductions-, zuweilen auch Medianstellung fixirt, während das andere Stimmband mit jeder In- und Exspiration nach aussen und innen tritt, wie Sie das an dem zweiten demonstrirten Hunde sehen.

8. Bei der letzterwähnten Combination ist die Athemnoth weit grösser als in jenen Fällen, wo beiderseits die Mm. postici ausgeschaltet sind.

Steigert sich unter diesen Umständen durch Unruhe des Thieres die Dyspnoe, so wird das in Adduction fixirte Stimmband mit jeder tiefen Inspiration nach innen gezogen, während das andere Stimmband seine In- und Exspirationsbewegungen fortsetzt.

9. Nach ein- oder doppelseitiger Abtragung der Mm. postici treten sehr oft, nicht allein unmittelbar nach der Operation, sondern auch im späteren Verlaufe Zuckungen und ataktische Bewegungen sowohl an dem Stimmbande der operirten als auch an dem der nicht operirten Seite auf.

Vom physiologischen Standpunkte erregt namentlich jenes Ergebniss ein gewisses Interesse, dass die Stimmbänder auch nach Abtragung der Postici ihre Abductionsbewegungen noch fortzusetzen in der Lage sind.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

103) **de Cyon. Die Functionen der Schilddrüse. (Fonctions du corps thyroide.)** *Académie des Sciences. 13. Juli 1897.*

Die Schilddrüse bildet die Jodsalze, die eine lähmende Wirkung auf die Regulation des Herzens und der Circulation ausüben, in eine organische Subtsanz um, welche im Gegensatz dazu den Regulationsapparat excitirt.

Die Schilddrüse ist ausserdem ein präservativ wirkender Apparat zum Schutze des Gehirns gegen Blutandrang.

Diese doppelte Function der Schilddrüse wird geleitet vom Herzen.

PAUL RAUGÉ.



104) **Christiani** und **Ferrari** (Genua). **Ueber die Natur der Nebenschilddrüsen. (De la nature des glandules para-thyroidiennes.)** *Soc. de Biologie. 16. Oct. 1897.*

Die Verff. implantirten Nebenschilddrüsen bei thyroidectomirten und bei nicht thyroidectomirten Thieren.

Sie constatirten, dass das Gewebe stets seinen eigenthümlichen Character beibehielt und sich niemals nach der Richtung des normalen Schilddrüsengewebes hin entwickelte.

Daraus darf man schliessen, dass die Nebenschilddrüsen nicht embryonäre Schilddrüsen darstellen.

PAUL RAUGÉ.

105) **E. Brian** (Lyon). **Medicamentöse Behandlung des Kropfes mit Jodothyrin. Krankengeschichten und therapeutische Indicationen. (Traitement médical des goitres par l'iodothyrine; observations; indications thérapeutiques.)** *Lyon médical. 26. September 1897.*

B. berichtet über 4 Fälle, die auf der Abtheilung von Prof. Poncet nach den Angaben von Baumann mit Jodothyrin behandelt worden sind.

Das Medicament wurde 3 Monate lang gegeben in der Dosis von 0,3 steigend bis 0,6 die letzten 15 Tage.

Bei keinem der Kranken wurden die von Baumann und Roos angegebenen Urinveränderungen constatirt; nur der erste Kranke bot eine Vermehrung der Harnstoff- und Phosphatausscheidung dar. Bei Keinem trat eine Temperaturerhöhung ein.

Bei 3 Kranken (15—20 Jahre alt) mit kleinen parenchymatösen Kröpfen und mit Athem- oder Stimmstörungen, die zu dem geringen Umfang des Kropfes in keinem rechten Verhältniss standen, bemerkte man „nach ein paar Tagen schon und in ganz offenbarer Weise eine Verminderung der Dyspnoe“. Der Umfang des Kropfes nahm sehr viel langsamer und weniger constant ab. Zur Zeit sind diese 3 Kranken so gut wie geheilt.

Bei dem 4. Kranken, der einen grossen Kropf ohne Athembeschwerden hatte, wurde die Behandlung noch einen 4. Monat fortgesetzt, jedoch ohne Erfolg. Man musste schliesslich eine partielle Thyroidectomie machen.

Verf. schliesst: das Jodothyrin kann bei der Kropfbehandlung Dienste leisten, doch nur in einer beschränkten Categorie von Fällen bei den kleinen, frischen, fleischigen Kröpfen der jungen Leute, die mit Athemstörungen einhergehen.

Für die alten umfangreichen oder cystischen Kröpfe bleibt die einzige Behandlung die chirurgische, je nach dem Falle die Thyroidectomie oder die Enucleation.

PAUL RAUGÉ.

106) **A. Rodocanachi. Ueber vier mittelst Operation behandelte Fälle von Kropf und über gewisse gefährliche Symptome, die der Operation folgen können. (On four cases of goitre treated by operation and certain dangerous symptoms which may follow the operation.)** *Lancet. 9. October 1897.*

Ein Pat. starb. Verf. bespricht die beunruhigenden Symptome, die nach Operationen an der Schilddrüse häufig auftreten.

ADOLPH BRONNER.

107) **Berger** (Paris). **Branchiogene Epitheliome des Halses und versprengte Epitheliome der Schilddrüse. (Epithéliomes branchiogènes du cou et epithéliomes aberrants de la thyroide.)** *Französ. Congr. f. Chir. 18. Oct. 1897.*

Es handelt sich um einen Tumor, der bei einer 26 jährigen Frau exstirpirt wurde und der alle Zeichen eines Epithelioms der Schildrüse darbot, wie dieselben 1865 von Cornil beschrieben sind.

Die Geschwulst habe wahrscheinlich ihren Ursprung in den epithelialen Resten einer in das tiefe Zellgewebe des Halses versprengten Nebenschilddrüse.

Diese Epitheliome mit Ursprung in der Schilddrüse müssen wohl unterschieden werden von den dieselbe Region einnehmenden branchiogenen Epitheliomen, die Volkmann auf epitheliale Reste der Kiemenspalten zurückführt.

Der vorliegende Tumor erstreckte sich vom Unterkieferrand bis zur Clavicula und zum Sternum. Er wurde mit der Jugularis interna, mit der er eng verwachsen war, entfernt; Carotis und Vagus wurden blossgelegt. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

PAUL RAUGÉ.

108) **Liégeois. Oedem der Glieder bei Basedow'scher Krankheit und seine Behandlung. (Oedema of the limbs in exophthalmic goitre and its treatment.)** *N. Y. Med. Journal. 11. September 1897.*

Vier Arten von Oedem kommen bei der Basedow'schen Neurose vor: das Oedem cardialen Ursprung, das dyscrasische Oedem, Oedem mit Albuminurie (u. z. unabhängig von den typischen Formen des Morbus Brightii) und Oedem vasomotorischen Ursprungs.

LEFFERTS.

109) **E. Buller-Allan** (Melbourne Victoria). **Ein letaler Fall von Basedow'scher Krankheit. (A fatal case of Graves's disease.)** *Australian Medical Gazette. 20. October 1897.*

Die Patientin, 22 Jahre alt, unverheirathet, hatte die Basedow'schen Symptome seit 2 Jahren. Die beunruhigende Verschlechterung, die schliesslich zum Tode führte, begann mit paroxysmalem Erbrechen. Es trat grosse Ruhelosigkeit ein, der vollständige Apathie folgte. Die linke Gesichtsseite wurde glänzend roth und wärmer als die rechte. Der Puls stieg auf 230 i. d. M.', die Athmung auf 52. Ein Anfall dieser Art dauerte 3 Stunden und endigte letal.

A. J. BRADY.

110) **Hutchinson. Zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (For exophthalmic goitre.)** *Medical News. 9. October 1897.*

Verf. empfiehlt den Gebrauch von Bromkali in Dosen von 1,2 drei mal täglich. Das Salz soll 1 oder 2 Stunden nach den Mahlzeiten in wenig Wasser genommen werden.

LEFFERTS.

111) **Redact. Mittheilung. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Polyclinic. 15. October 1897.*

Nach zahlreichen neueren Mittheilungen, die der Artikel namhaft macht, ist anzunehmen, dass die besten therapeutischen Resultate erzielt werden durch

Regelung der Diät und der Lebensweise des Patienten im Verein mit einer vorsichtigen Verordnung irgend eines Schilddrüsenpräparates.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

112) **M. Jaboulay** (Lyon). **Die späteren Resultate der Behandlung des Morbus Basedowii mittelst Durchschneidung oder Resection des Halssympathicus. (Résultats eloignés du traitement du goitre exophthalmique par la section ou la résection du sympathique cervical.)** *Lyon Médical. 8. August 1897.*

In Verfolg der Reclus'schen Einwände (Acad. de Médecine 22. Juni 1897) hat Jaboulay die Basedow-Kranken, die er mittelst Sympathicotomie behandelt hat, von neuem untersucht. Das Resultat seiner Nachforschung, die sich auf 6 Operirte erstreckt, ist folgendes:

1. Resultate der Operation: die Heilung verlief bei allen Operirten glatt. Alle 6 Fälle waren schwere Formen der Basedow'schen Krankheit; bei allen waren sämmtliche therapeutische Hülfsmittel, die überhaupt zu Gebote stehen, erschöpft, ehe die Operation beschlossen wurde.

a) Die Augen sind in ihre Höhlen zurückgetreten, die Pupillen sind enger geworden, das Fernsehen hat sich gebessert.

b) Das Herz schlägt langsamer und regelmässig. Man steht vor der Frage, ob nicht bei gewissen Herzneurosen, die als paroxysmale Tachycardie beschrieben werden, dieselbe Operation angezeigt ist.

c) Der Kropf ist zurückgegangen; ein Recidiv desselben ist nur in 2 Fällen eingetreten.

d) Auf das centrale Nervensystem hat die Sympathicotomie einen günstigen Einfluss geübt. Der allgemeine Ernährungszustand hat sich gehoben, das Zittern ist verschwunden und die Erregbarkeit der Kranken geringer geworden.

e) Wenn auch alle Formen von Basedow durch diesen einfachen und gefahrlosen Eingriff günstig beeinflusst werden, so ist doch eine Form vor allen für denselben geeignet; ihren Triumph feiert die Resection des Halssympathicus bei dem Morb. Basedow ohne Kropf (Goître exophthalmique sans goître).

2. Hat die Operation selbst störende Folgen? Es wurden keine Ernährungs- oder Functionsstörungen beobachtet, die man hätte auf die Operation zurückführen müssen. Insbesondere hat Verf. keine vasomotorischen Störungen am Halse oder Kopf, keine Ulcerationen an den Schleimhäuten, keine Atrophie im Gesicht, keine Beeinträchtigung der Accomodation, keine Veränderung der Pupille und auch keine Störung am Herzen constatiren können.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

113) **Max Einhorn. Die Inspection des Oesophagus und der Cardia. (The inspection of the oesophagus and the cardia.)** *N. Y. Med. Journal. 11. December 1897.*

Geschichtliche Uebersicht über die Entwicklung der Oesophagoscopie und

Beschreibung ihrer Instrumente — einschliesslich der vom Verf. empfohlenen biegsamen Oesophagoscope — und ihrer Methode. Zum Schluss rühmt Verf. den diagnostischen und therapeutischen Werth der Oesophagoscopie; wenn auch noch einige Zeit darüber vergehen mag, so wird dieselbe doch ohne Zweifel zum Allgemeingut der Aerzte werden.

LEFFERTS.

114) **Variot** (Paris). **Fremdkörper ein Jahr lang im Oesophagus eingeklemmt. (Corps étranger enclavé pendant un an dans l'oesoghage.)** *Soc. médicale des Hôpitaux. 19. November 1897.*

10monatliches Kind hatte ein etwa $1^1/_2$ cm langes Zinkstück verschluckt. Der Fremdkörper blieb 1 Jahr im Oesophagus, ohne diagnosticirt zu werden, so unbestimmt waren die Symptome. Das Kind hatte nur ein paar Hustenanfälle, ein wenig Dyspnoe und eine gewisse Schwierigkeit beim Schlucken anderer Nahrung als Milch. Der Fremdkörper wurde schliesslich spontan wiedergegeben.

Variot erwähnt noch einen anderen Fall, in dem ein Kind von 8 Monaten eine O' Dwyer'sche Tube verschluckte und nicht in der gewöhnlichen Weise wieder gab. Ausser einigem Erbrechen bestanden auch bei diesem Kinde keine ernsthaften Symptome. Die Radiographie zeigte die Tube im Duodenum fixirt.

PAUL RAUGÉ.

115) **R. Scot Skirving** (Sydney N. S. W.). **Impermeable Strictur des Oesophagus nach Schlucken von Aetzlauge. (Impermeable stricture of the oesophagus following the swallowing of caustic soda.)** *Australian Med. Gazette. 20. November 1897.*

Vorstellung (vor der localen Abtheilung der B. M. A.) eines 9jährigen Kindes, das vor 7 Jahren die Lauge getrunken hatte. Nachdem die Strictur absolut undurchgängig geworden war, wurde die Gastrotomie gemacht. 6 Monate nach derselben wurden die Versuche, eine Sonde einzuführen, wieder aufgenommen. Dieselben schlugen fehl und es trat ein Mediastinalabscess ein; nach schwerer Erkrankung wurde Pus ausgebrochen. Jetzt ist das Kind wieder ganz wohl und gut genährt. Redn. fragt an, welche Schritte nun wohl angebracht seien zur Erweiterung der Strictur.

A. J. BRADY.

116) **Redaction. Notiz. Die Bedeutung der Pupillendifferenz in Fällen von Oesophaguscarcinom. (The significance of inequality of the pupils in cases of carcinoma of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 6. November 1897.*

Eine Besprechung der Hitzig'schen Beobachtungen. Die Pupillendifferenz beruht theils auf einer Betheiligung des Sympathicus, theils auf dem Ergriffensein der vorderen Wurzel des ersten Dorsalnerven, in dem die oculo-pupillären Fasern des Sympathicus verlaufen. In letzterem Falle besteht ausser atrophischen Störungen der kleinen Handmuskeln mit den charakteristischen Störungen der Sensibilität eine Verengerung der correspondirenden Pupille und der Lidspalte, eine Retraction des Augapfels und träge Reaction der Pupille auf Lichteinfall.

LEFFERTS.

117) **Bureau. Krebs des Oesophagus übergreifend auf das linke Herzohr. (Cancer de l'oesophage communiquant avec l'oreillette gauche.)** *Société anatomique de Paris. 26. November 1897.*

Der Pat. war an Lungengangrän gestorben. Bei der Section fand man ein ulcerirtes Carcinom des Oesophagus, das durch eine gangränöse Lungenhöhle mit dem Herzen in Verbindung stand. Das linke Herzohr war Sitz einer nussgrossen Neubildung. Die Oesophagusgeschwulst umgab die Vagusnerven; darauf sind ohne Zweifel die Anfälle von Tachycardie zurückzuführen, an denen der Pat. gelitten hatte.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/98. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

B. Fraenkel: Untersuchungsmethoden des Kehlkopfes und der Luftröhre. —

G. Spiess: Die Untersuchungsmethoden des Rachens. —

G. Spiess: Die Untersuchungsmethoden der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Die Untersuchungsmethoden des Larynx sind wohl nie zuvor so vollständig und systematisch beschrieben worden, wie es hier geschehen ist. Geschichtlich ist wohl nichts von Bedeutung unbeachtet geblieben, und dennoch sind Wiederholungen des im historischen Abschnitt des Buches Gesagten sorgfältig vermieden.

Mit besonderer Vorliebe ist das Capitel über die Beleuchtung behandelt worden, und die Besprechung der Hohlspiegel- und Sammellinsen fusst auf rein physikalischer Basis. Wie es die Tendenz dieses Handbuches wollte, giebt F. eine vollständige, dabei aber durchaus objective Darstellung des Gegenstandes. Dass er — einer der bekanntesten und geschätztesten Lehrer unseres Specialfaches — nicht unterlassen hat, jedesmal anzugeben, welche Methoden er selbst bevorzugt, kann Ref. nur dankend hervorheben. — Die Reinigung der Spiegel wird in seiner Poliklinik in folgender Weise vorgenommen: jedesmal nach dem Gebrauche werden sie in heisser Sodalösung gründlich abgebürstet, und vor dem Gebrauch in 5 proc. Carbollösung ausgiebig abgespült. Spiegel, die bei besonders infectiösen Processen benutzt sind, bleiben längere Zeit in Carbollösung liegen.

Unter den verschiedenen Befestigungsarten des Reflectors am Kopfe erachtet er — wie wahrscheinlich die meisten Laryngologen — die Stirnbinde als die bequemste und brauchbarste. Ref. kann nicht umhin, den Lucae'schen Mundspiegel, in dessen neuester Form (mit Aluminiumfassung) als ausserordentlich angenehm den Collegen zu empfehlen.

Für den laryngoskopischen Curs, ebenso wie für Autodidacten empfiehlt Verf., sofort am lebenden Menschen zu üben; für die Einübung des Einführens von Instrumenten dagegen erachtet er das Phantom als unentbehrlich.

Nur eine Bemerkung möchte Ref. sich erlauben. Die Sondirung des Kehlkopfes hätte wohl Besseres verdient, als in einem Schlussparagraphen von kaum 13 Zeilen abgefertigt zu werden. Die dabei in den meisten Fällen erforderliche Cocainisirung, und die Art und Weise, in der letztere gemacht wird, haben keine Erwähnung gefunden; ebensowenig die „manchen" Unsersuchungszwecke, zu der die Sondirung benützt wird.

Der Ansicht Fraenkel's, dass es für den heutigen Arzt ein unbedingtes Erforderniss ist, sich solche Uebung mit dem Kehlkopfspiegel zu erwerben, dass er in allen Fällen bis zur Diagnose gelangen könne, schliesst Ref. sich von Herzen an; allein es dürfte die Erfüllung dieses Wunsches einer noch sehr fernen Zukunft vorbehalten sein. —

Auch Spiess hat die von ihm übernommenen Abschnitte in erschöpfender Weise behandelt. Wenn auch die Technik der Spiegeluntersuchung weniger detaillirt und instructiv wie bei anderen Autoren (z. B. Avellis' „Cursus") beschrieben worden ist, so kann das in diesem für Anfänger nicht bestimmten Werke wohl nicht als einen Mangel gedeutet werden.

Dagegen ist die ganze Beschreibung eine sehr vollständige und wird man nichts Wesentliches vermisssn.

Die Durchleuchtungsmethode bezeichnet Verf. als ein wichtiges Untersuchungsmittel, dass, trotz grosser, in der anfänglichen Ueberschätzung begründeter Anfeindungen, nach richtiger Umgrenzung, sich einen dauernden Platz unter den Untersuchungsmethoden gesichert hat.

Für die Sondirung der Nebenhöhlen macht Verf. genaue Angaben. Das Nichtgelingen der Sondirung der Kieferhöhle beruht nicht selten darauf, dass die Oeffnung nicht weit genug nach hinten gesucht wird, worauf Verf. besonders aufmerksam macht.

Unter den Untersuchungsmethoden des Nasenrachenraumes hat die Rhinoscopia anterior den ihr nach Ref. Ansicht gebührenden Platz nicht gefunden. Sollte auch der Zaufal'sche Trichter mit Recht in Vergessenheit gerathen sein, so gilt dasselbe sicher nicht für das Princip, auf dem derselbe beruht. Wie oft lässt sich, namentlich bei Kindern, wenn die postrhinoskopische Untersuchung nicht gelingt, die Diagnose auf „adenoide Vegetationen" durch die mit dem gewöhnlichen Nasenspeculum auszuführende Rhinoscopia anterior profunda mit Sicherheit stellen, und wird man also die Palpation umgehen können, was Verf. ebenso wie Ref. als einen Vortheil betrachtet. Auch in den Fällen, wo die Rhinoskopia posterior ausführbar ist, sollte nach Ref.'s Meinung die anterior, welche besser als jene, über die Höhendimension der vergrösserten Pharynxtonsille Aufschluss giebt, nicht unterlassen werden.

Die mitgetheilten Vortheile des Schmidt'schen Zungenspatel (des Czermak'schen Gaumenhakens) vor anderen Spateln, sind nicht sehr schlagend und dürfte die Vorliebe eines Untersuchers für eine bestimmte Spatel wohl hauptsächlich durch Gewohnheit bedingt sein. Eine Warnung vor den von den Praktikern

viel geliebten zusammenlegbaren Zungenspateln, bei denen Griff und Mundtheil nicht zu unterscheiden sind, wäre vielleicht nicht überflüssig gewesen. Welche Schwierigkeiten die Herstellung einer guten Abbildung des rhinoskopischen Bildes bereitet, wird vom Verf. betont und leider durch das beigegebene Farbenbild erhärtet. Hiermit ist, was Ref. an diesen Arbeiten ausstellen konnte, erschöpft,[1]) und kann er mit umso ruhigerem Gewissen dieselben als durchaus zuverlässige und sachkundige Führer empfehlen.

Amsterdam, Juni 1898. H. Burger.

---

b) Twentieth Century Practice. Eine internationale Encyclopädie der modernen medicinischen Wissenschaft. Unter Mitarbeit der ersten Autoritäten in Europa und Amerika herausgegeben von **Thomas L. Stedman,** M. D., New York City. 12 Bände. New York, William Wood u. Co.

Die hohe Stellung und der internationale Ruf der Mitarbeiter, denen die unsere Specialität berührenden Kapitel anvertraut sind, gewähren eine sichere Garantie für die Bedeutung des Werkes.

Die Artikel, die für uns specielleres Interesse haben, sind in verschiedenen Bänden des Werkes verstreut.

Band IV. Die Erkrankungen des Gefässsystems und der Schilddrüse enthält eine längere Arbeit über die Krankheiten der Schilddrüse von Dr. George R. Murray (Newcastle-on-Tyne). Der grössere Theil der Arbeit ist den Krankheiten der Thyreoidea gewidmet, die von Allgemeinsymptomen begleitet sind, dem Myxoedem, dem Cretinismus und der Basedow'schen Krankheit. Der Verf. verfährt dabei mit grosser Geschicklichkeit, die localen Erkrankungen kommen aber etwas kurz weg. Den Schluss der Arbeit bildet eine ausführliche und werthvolle Bibliographie.

Band VI. Die Erkrankungen der Athemorgane. Die Artikel über Hals und Nase von Prosser James, Jonathan Wright, Moure und Bosworth füllen etwa zwei Drittel des Bandes.

Prosser James (London) behandelt die Krankheiten der Nase in sehr anziehender Weise. Jonathan Wright (Brooklyn) hat eine Monographie über die Krankheiten der Nasennebenhöhlen beigesteuert, welche die modernen und wohlbegründeten Anschauungen über diese wichtigen Theile der Nase treffend wiedergiebt. Moure (Bordeaux) behandelt die Erkrankungen des Nasenrachens, des Rachens und der Tonsillen in ebenso gründlicher, wie vortrefflicher Weise. Besonders zu rühmen sind seine Artikel über die retropharyngealen und die lateropharyngealen Abscesse und der Artikel über die gutartigen Tumoren des Rachens,

---

1) Zwei kleine literarische Bemerkungen: 1. Nicht Rethi, sondern Lermoyez („De l'insuffisance velo-palatine", Annales des Mal., 1892, No. 3) hat die angeborne mangelhafte Bildung des harten Gaumens zuerst beschrieben; 2. nicht Harrison Allen, sondern Gentzen (Dissert., Königsberg 1876) verdanken wir die graphische Darstellung der Gaumenbewegungen mittelst einer durch die Nase eingeführten Sonde.



der als die beste und vollständigste Bearbeitung dieses Themas in englischer Sprache zu bezeichnen ist. Seine Nomenclatur und seine Classification der Krankheiten der Tonsillen ist von der in englischen Werken gebräuchlichen in mancher Beziehung verschieden. Unter der Ueberschrift acute ulcerative lacunäre Tonsillitis beschreibt M. ausführlich eine Form von acuter Entzündung der Tonsille, die charakterisirt ist durch das Vorhandensein grosser Ulcera, welche den tertiär syphilitischen Geschwüren sehr ähnlich sind und meist auch mit diesen verwechselt werden. Ausgesprochene Fiebererscheinungen sind bei dieser Form der Mandelentzündung gewöhnlich nicht vorhanden, ihr ganzer Verlauf ist schleichend. — Moure's Artikel über Diphtherie erreicht bei weitem nicht die Höhe, die seine übrigen Beiträge durchgehends und ohne jede Einschränkung einnehmen.

Bosworth (New York), der die Erkrankungen des Larynx bearbeitet hat, benutzt in Text und Abbildungen die 1892er Auflage seines Lehrbuches. Er hat seine Ausführungen einfach condensirt und an ein paar Stellen den Wortlaut verändert. In Bezug auf die Therapie ist überhaupt nichts geändert, ausser dass zur Behandlung der tuberculösen Laryngitis statt des Jodoforms folgender Spray empfohlen wird:

Rp. Creosot 0,06
Europhen 0,6
Alboline 30,0.

Der Gedanke drängt sich da natürlich auf, dass entweder seit damals ein Fortschritt in der Behandlung der Kehlkopfkrankheiten nicht gemacht ist oder aber, dass der Verf. nicht mit der Zeit vorgeschritten ist.

Der Pachydermia laryngis thut Bosworth nicht Erwähnung. Diese Unterlassung erscheint uns auf alle Fälle fehlerhaft, auch wenn der Verf. die Affection nicht als besonderes Leiden classificiren und beschreiben will; der Ausdruck ist doch so allgemein gebräuchlich in der laryngologischen Literatur, dass ein Werk, das auf der Höhe stehen will, ihn zum mindesten erwähnen muss.

Band VII. Athemorgane und Blut. Functionelle Störungen der Sexualorgane. Der Band enthält eine Arbeit von Ingals (Chicago) über das Heufieber. Der Verf. giebt die gebräuchlichen Anschauungen über Aetiologie und Pathogenese dieser Krankheit wieder und schildert dann seine therapeutischen Erfahrungen. Er verlangt, dass man das Cocain nie stärker, als 1procentig gebrauchen soll; auch soll auf dem Recept besonders vermerkt werden, dass dasselbe nicht zu wiederholen ist; denn viele Patienten seien durch den fortgesetzten Gebrauch des Mittels erheblich geschädigt worden und mancher habe durch die Sorglosigkeit des Arztes beim Verschreiben für sein ganzes Leben Schiffbruch gelitten. Schlecht stimmen hierzu die Ansichten von Bosworth, der in Band VI desselben Werkes sagt, dass die Gefahren der localen Anwendung von Cocain stark übertrieben würden und dass er nie erstere Folgen oder gar Gefahren nach dieser Richtung wahrgenommen habe.

Band VIII. Erkrankungen der Verdauungsorgane. Dr. Reginald H. Fitz (Boston) liefert einen kurzen, praktischen und gut abgefassten Artikel über die

Krankheiten des Oesophagus. Derselbe enthält einige sehr interessante Krankengeschichten.

Johann Mikulicz und Werner Kümmell (Breslau) haben die Krankheiten des Mundes bearbeitet. Besonders hervorgehoben zu werden verdient der Abschnitt über Noma, dann die Tuberculose und die Beschreibung der primären, secundären und tertiären Erscheinungen der Syphilis. Die letztere ist sehr anschaulich und gründlich, nur wird das symmetrische bilaterale Erythem der Fauces ohne Plaques muqueuses, das man so oft bei secundärer Lues sieht, nicht erwähnt. Zu wenig Raum ist der Leukoplakie gewidmet; allein auf die gegebene Schilderung hin möchte sie schwerlich jemand klinisch erkennen. Auch die buccalen Erscheinungen der Vergiftungen sind zu kurz behandelt und im Verhältniss zu den Störungen, die sie verursachen, ist auch die Besprechung der verschiedenen Formen von Stomatitis zu cursorisch.

Band IX. Erkrankungen der Verdauungsorgane. Ebenfalls von Mikulicz und Kümmell rührt die Bearbeitung der localen Erkrankungen des Mundes. Die Arbeit ist dem erwähnten Aufsatz in Band VIII, der nur die buccalen Erscheinungen der Allgemeinkrankheiten behandelt, ohne Zweifel überlegen. Die benignen und malignen Geschwülste werden sehr eingehend (auf etwa 70 Seiten) besprochen. Als besonders gelungen darf der Abschnitt über das Carcinom bezeichnet werden; die Differentialdiagnose wird ausführlich besprochen und verschiedene nützliche Punkte, die man gewöhnlich nicht erwähnt findet, zur Unterscheidung zwischen Gumma und Carcinom genannt. Zahlreiche interessante Beobachtungen werden mitgetheilt; die bibliographischen Hinweise sind reichlich und werthvoll. Jeder wird die vorzügliche Arbeit mit Vergnügen und mit Nutzen lesen.

Sonderbarer Weise ist in dem umfangreichen Werke den Erkrankungen der Zungentonsille kein Platz eingeräumt worden: dieselben fehlen vollständig und der Vorwurf der Unvollständigkeit kann dem Werk, soweit unsere Specialität in Frage kommt, nicht erspart bleiben.

Bei dem geringen uns zu Gebote stehenden Raum kann natürlich eine eingehende Kritik eines jeden Aufsatzes nicht gegeben werden. Als Gesammturtheil darf gesagt werden, dass die Arbeiten gefällig zu lesen sind, dass inhaltlich das Lobenswerthe weit überwiegt und zu tadeln nur wenig ist. Das ganze Werk stellt einen Schatz für den Lernenden und eine wesentliche Bereicherung der medicinischen Literatur dar. Richard Frothingham.

---

c) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 29. October 1897.

Meyer stellt ein Kind vor, bei dem die Papillome, die die ganze rechte Stimmlippe eingenommen hatten, bis auf einen kaum beachtenswerthen Rest spontan geschwunden sind.

Kirstein erinnert an einen ähnlichen von Thorner beschriebenen Fall.



Herzfeld sah bei einem achtjährigen Kinde ebenfalls eine Spontanheilung der Larynxpapillome eintreten.

Flatau zeigt ein Compressorium des Nasenseptum, das bei Nasenbluten aus dem vorderen Theil desselben Anwendung finden kann; und ein Instrument, das aus einem an dem Ende eines festeren Schlauches befindlichen kleinen aufblasbaren Ball besteht; dieser soll nach Einführung des Instruments in die Nase gegen die blutende Stelle gelegt und aufgeblasen werden, so dass er einen Druck nur auf diese ausübt.

Dann berichtet er über einen bei der Operation von adenoiden Vegetationen eingetretenen schweren Collapszustand mit schnell vorübergehender Cyanose, der ihn, nachdem er vergeblich künstliche Athmung gemacht, zur Vornahme der Tracheotomie zwang. Allmählich kehrten die Athembewegungen wieder und das Kind erholte sich. F. ist nicht sicher, ob eine Aspiration von Blut oder ein Shock die Ursache des Collapses war.

Kuttner: Ueber syphilitische Granulationen in der Nase.

1. Bei einer 33jähr. Frau, die hereditär tuberculös belastet, einmal abortirt hat, findet sich ein von der r. mittleren Muschel ausgehender morscher grünröthlicher Tumor — Abtragung mit der Schlinge. Unter dem Mikroskop zeigt er zahlreiche Rundzellen, die die bindegewebige Grundlage fast ganz verdecken, die Gefässwandungen hier und da verdickt, Riesenzellen, keine Tuberkelbacillen. Nach $^1/_2$ Jahre Recidiv und am Septum ein Gummiknoten. Antisyphilitische Kur; Heilung.

2. 42jähr. Frau; r. anscheinend vom Septum ausgehend röthlich-grauer morscher Tumor von unebener Oberfläche. Ein von demselben entferntes Stück erweist sich zusammengesetzt aus derbem fibrösen Gewebe, Rundzellen; keine Riesenzellen oder Bacillen. Nach einiger Zeit Röthung und Schwellung am Nasenrücken. Unter Quecksilber- und Jodkalibehandlung Heilung.

In einem 3. und 4. Falle fanden sich ähnliche Geschwülste in der Nase, im vierten mit Knochencaries complicirt; das mikroskopische Aussehen glich dem der vorigen. Es handelte sich in allen Fällen um syphilitische Granulationstumoren. Sie machen Nasenstenose, Secretionsanomalien, Schmerzen im Kopfe, im Gesicht, Arm. Sie stellen röthlich-graue unebene, manchmal erodirte oder ulcerirte Tumoren dar, die morsch und brüchig, zuweilen mit fest anhaftendem fibrinösem Belag versehen sind, aber nicht, wie das Gummi, zum Zerfall neigen.

Zu berücksichtigen ist bei der Diagnose die Anamnese und die Untersuchung des übrigen Körpers. Bei der mikroskopischen Untersuchung kann man sich leicht täuschen, da auch bei tuberkulösen Tumoren Bacillen oft nicht gefunden werden, ebenso Tuberkel mit centraler Verkäsung. Gefässverdickung und Schwielenbildung spricht für Lues, kann aber auch bei Tuberkulose vorkommen.

In zweifelhaften Fällen kann die Tuberkulininjection resp. die Schmierkur Aufschluss geben. Vom Gummi unterscheiden sich diese Tumoren durch ihre relativ starke Erhebung über die Schleimhaut und ihre geringe Neigung zum Zerfall.

Meyer zeigt eine Reihe von Projectionsbildern über die feinere Anatomie der inneren Kehlkopfmuskeln (cf. Arch. f. Laryng. VI. 3. 1895), und demonstrirt das Präparat eines die hintere Trachealwand hervorwölbenden Carcinoma oesophagi, das eine linksseitige Recurrenslähmung veranlasst hatte.

Alexander präsentirt die Halsorgane eines an doppelseitiger Recurrenslähmung verstorbenen 52jähr. Kranken, in dessen Oesophagus sich ein Carcinom fand, carcinomatöse Drüsen umgeben die Trachea. Der rechte Recurrens geht durch solch eine Drüse hindurch, der linke lässt sich in eine solche hinein verfolgen. Die Nn. vagi werden auch durch carcinomatöse Drüsen geklemmt. An den Fasern aller Kehlkopfmuskeln fand sich Degeneration.

B. Fraenkel. In vivo standen bei dem Pat. die Aryknorpel während der Respiration 1—$1^1/_2$ mm von einander; die Stimmlippen zeigten einen ausgeschweiften Rand, der sich bei der Phonation streckte, ohne dass aber die Aryknorpel irgendwie Bewegung machten, Puls 120; in den letzten Tagen Collaps, Puls 180—200 und mehr.

Grabower hält diesen Fall für keine Recurrenslähmung, sondern vorwiegend Posticuslähmung, da keine vollständige Adductorenlähmung vorhanden war.

B. Fränkel hält an seiner Diagnose fest, da die Aryknorpel absolut unbeweglich waren; höchstens könnten noch einige Internusfasern erhalten geblieben sein. Uebrigens beweise die Degeneration aller Muskeln auch die Adductorenlähmung.

Bussenius zeigt

1. das Präparat eines Oberkiefersarcoms, das die rundere Wand pilzförmig durchbrochen und in vivo eine Wangenanschwellung, Nasenverstopfung, Fötor, Exophthalmus und zuletzt unstillbares Nasenbluten verursacht hatte,
2. einen Knorpelsequester dem Petiol. epigl. eines tuberkulösen Larynx entsprechend. Von hier hatte sich der Eiter unter die Halsfascie hervorgedrängt, so dass am Halse in der Kehlkopfgegend die Haut geröthet und geschwollen war.

Sitzung vom 3. December 1897.

Bussenius verwendet das von Franz Kuhn angegebene wasserdichte sterilisirte Klebepapier, um bei Kranken mit struppigem Barte diesen zurückzuhalten, ferner um zu verhindern, dass bei Nasenoperationen den Patienten Blut in den Mund fliesst, bei Tracheotomirten zum Schutze der Haut unter der Canülenöffnung. Dann zeigt er einen kleinen Apparat zur Herstellung kleinerer und messbarer Quantitäten sterilisirter Cocainlösungen.

Kirstein zeigt 2 Fremdkörper (einen Kragenhaken und eine Caffeebohne), die er einem 3- resp. 2jährigen Kinde in der Narkose aus der Nase entfernt hat und zwar unter Anwendung des Killian'schen Nasenspeculums, das eine besonders gute Inspection der Nase ermöglicht.

A. Rosenberg hat bei seinen zahlreich vorgenommenen Extractionen von Fremdkörpern aus der Nase weder ein besonderes Speculum noch eine allgemeine Narkose nöthig gehabt.

Heymann hat vor einigen Tagen einem Kinde einen Schuhknopf aus der Nase entfernt; kurz darauf allgemeine septische Erscheinungen. Er will in diesem Falle die von Kirstein empfohlene Methode zum Zweck genauerer Orientirung versuchen.

Kirstein wiederholt, dass mittelst des Killian'schen Speculums eine weit bessere Uebersicht zu erzielen sei als auf andere Weise.

Treitel zeigt ein mittelst der Schlundzange aus dem Oesophagus entferntes Stück eines Gebisses, dass mittelst Röntgenstrahlen vor dem 6. Halswirbel liegend nachgewiesen werden konnte.

Discussion über den Vortrag Scheier: Die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie.

Herzfeld kann denselben nicht den grossen Werth beimessen wie Sch. Der der Stirnhöhle entsprechende weisse Fleck ist keineswegs immer so gross wie die Höhle; er kann durch die Siebbeinzellen vergrössert erscheinen; diploehaltige Zellen im Proc. nasal. können ebenfalls einen hellen Fleck erzeugen, und wenn man andererseits einen solchen nicht sieht, so ist das noch kein Beweis, dass keine Höhle vorhanden ist. — Die Controle der Sondirung der Stirnhöhle ist auch unsicher, wie H. an vorgezeigten Photographien nachweist. Immerhin ist die Methode ein Unterstützungsmittel.

In Bezug auf die Physiologie der Stimme und Sprache muss man in der Deutung des Gesehenen sehr vorsichtig sein.

Flatau hält die Methode für werthvoll zum Nachweis gewisser Fremdkörper, zur Controle der Lage der in die Nebenhöhlen eingeführten Sonde und zum Nachweis des Vorhandenseins und der Ausdehnung der Nebenhöhlen; allerdings entspricht der letzteren nicht immer die Grösse des weissen Fleckes.

Der Werth der Durchstrahlung in physiologischer Beziehung ist nicht so gross wie der der alten Methoden.

Treitel sah bezüglich der Bewegung des Velum, der Epiglottis u. s. w. keine genauen Bilder. – In einem Falle von Kehlkopfverletzung bemerkte er in der Gegend des unteren vorderen Theils des Schildknorpels einen dunklen Fleck, der aber diagnostisch nicht verwerthbar war.

A. Rosenberg macht auf die Bedeutung der Durchstrahlung des Thorax, besonders in Bezug auf die Diagnose der Mediastinaltumoren und Aneurysmen aufmerksam. In einem Falle mit linksseitiger Recurrenslähmung konnte ein mit physikalischen Untersuchungsmethoden jedenfalls nicht sicher nachweisbares Aorten-Aneurysma als Ursache der Stimmbandlähmung erkannt werden; und in einem zweiten Falle von Oesophagusstenose fand sich ebenfalls ein Aneurysma

als Ursache derselben und dieser Befund warnte vor der Einführung der Schlundsonde.

Kirstein bestätigt aus eigener Erfahrung, wie leicht auf dem Fluorescenzschirm Mediastinaltumoren und Aneurysmen zu unterscheiden sind. Bei einem Phthisiker mit linksseitiger Recurrenslähmung fand sich als Ursache derselben ein Tumor im vorderen Mediastinum, resp. ein demselben entsprechender Schatten; während die genaueste Untersuchung mittelst Percussion u. s. w. nicht im Stande war, die Geschwulst nachzuweisen.

Scheier: Die Röntgenstrahlen beweisen mit Sicherheit, ob eine Sondirung der Stirnhöhle gelungen oder nicht. Durch Drehungen des Pat. bekommt man immer wieder andere Bilder, deren Summe uns eine annähernde Vorstellung von der Höhle geben.

Bei der Verwendung des Röntgenverfahrens zum Studium der Physiologie der Stimme und Sprache können Beobachtungsfehler unterlaufen, die man aber durch längere Uebung vermeiden lernt.

Bussenius zeigt folgende auf der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkranke gewonnene Präparate:

1. ein Zungencarcinom, das sich auf den Unterkiefer und die Haut des Halses fortsetzte.

2. ein Pharynxcarcinom, von der seitlichen Pharynxgegend und dem Zungengrunde ausgehend. Am Unterkiefer fanden sich mit dem Carcinom in Verbindung stehende vereiterte Drüsen, in deren Höhle die A. maxillaris eindrang; die Arrosion derselben führte in kürzester Zeit zur Verblutung.

3. Ein Pharynxcarcinom von der hinteren Ringknorpelplatte ausgehend.

4. Einen oberhalb des Aryknorpels sichtbaren Tumor, der von dem Obducenten als Carcinom gedeutet wurde, bei der mikroskopischen Untersuchung aber sich als tuberculös erwies.

5. Ein Carcinom des Oesophagus in der Gegend der Bifurcation, dass die hintere Trachealwand so vorbauchte, dass eine Säbelscheidentrachea entstanden war. An der rechten Luftröhrenwand lag ein Drüsentumor, in dem der Recurrens eingeschlossen war. In vivo konnte man laryngoskopisch zuvörderst Medianstellung des rechten Stimmbandes nachweisen; später trat dasselbe in Cadaverposition.

6. Eine aus dem Oesophagus stammende, 25 cm lange Membran, in der glatte Muskelfasern nachgewiesen werden konnten und die sich nach einer submucösen Oesophagitis — in Folge von Vergiftung mit Lauge — gebildet hatte und ausgehustet wurde.

A. Rosenberg.



d) British Medical Association.

Versammlung in Montreal. — September 1897.

Section für Laryngologie und Otologie.

Sitzung vom 1. September. — Vorsitzender: Dr. Greville Mac Donald.

Der Vorsitzende eröffnet die

Discussion über die Turbinotomie.

Er will für diese Discussion die Bezeichnung Turbinotomie nur für die Operationen an der unteren Muschel angewendet wissen, denn gerade über die Structur dieser und über die operativen Eingriffe an derselben bestehen sehr weitgehende Meinungsverschiedenheiten. Die theilweise Resection der unteren Muschel kann erforderlich werden 1. zur Beseitigung des Athemhindernisses, 2. zur Besserung verschiedener Neurosen und 3. zur Besserung einer ziemlich ungewöhnlichen und sehr störenden Form von Catarrh. Die aus den genannten Ursachen erfolgte Abtragung der breiten blumenkohlartigen Massen, welche das vordere und hintere Muschelende einnehmen, war einer der frühesten und glücklichsten Eingriffe im Gebiete der Laryngologie. Nicht selten sind diese Massen in der Concavität der Muschel verborgen und Redner vermuthet, dass es sich um derartige Fälle handelt, in denen die versteckten Wucherungen nicht erkannt wurden, wenn zahlreiche Rhinologen es für nöthig hielten, grosse Theile der Muschel oder selbst die ganze zu entfernen. Nach seiner Erfahrung wenigstens lässt sich gewöhnlich vollständige Heilung erzielen, ohne Berührung des Knochens, allein durch Abtragung der hypertrophischen Schleimhaut mit der Schlinge. Indess giebt es zweifelsohne Fälle, in denen die Schlinge oder der Galvanocauter nicht genügen, um die Heilung auf die Dauer zu sichern. In solchen Fällen braucht die Athmung gar nicht nothwendig verstopft zu sein; man hat darauf aufmerksam gemacht, dass sich bisweilen dickere Secrete anhäufen, die der Patient nicht zu entleeren vermag, weil die Muschel entweder relativ zu gross oder abnorm gebaut und dadurch die Nasenpassage verengt ist. In solchen Fällen freilich erzielt man ein befriedigendes Resultat nur, wenn man von dem freien Rand der Muschel so viel abträgt, als zur Freilegung der Passage nicht nur für die Luft, sondern auch für den Secretabfluss nöthig ist. Dazu benutzt man gewöhnlich die Zange oder die Zange zusammen mit der Schlinge. Aber nur die vorderen Partien bedürfen dieser Behandlung. Niemals sah Redn. einen Fall, in dem mehr als dies nöthig war; niemals noch hat er einen Anlass gehabt, grosse Theile der unteren Muschel selbst zu entfernen und er kann der Zulässigkeit so grosser Operationen, wie sie manche Rhinologen ausführen, um so weniger zustimmen, als wahrscheinlich Pharyngitis und Laryngitis sicca als Folge der Operation vorkommen. Durch eigene Untersuchungen hat sich Redn. von der ausserordentlichen Bedeutung der Muscheln für die Anwärmung und Anfeuchtung der Inspirationsluft überzeugt. Es ist ein Widerspruch in sich, die Nasenathmung herzustellen durch Abtragung

der Muscheln und dadurch gleichzeitig den eigentlichen Zweck der Nasenathmung zu untergraben.

R. P. Lincoln betont die Nothwendigkeit strenger Antisepsis bei den Operationen an den Nasenmuscheln. Auch er ist der Meinung, dass man in der grossen Mehrzahl der Fälle von Muschelhypertrophie mit milden Maassnahmen, d. i. mit chemischen Aetzmitteln oder mit dem Galvanocauter auskommen kann. In Fällen aber, in denen der Knochen thatsächlich vergrössert ist, muss man einen Theil desselben abtragen, um Heilung zu erzielen. L. geht in solchen Fällen in der Weise vor, dass er mit dem Messer einen Lappen abhebt und dann mit der scharfen Zange so viel, als erforderlich ist, vom Knochen entfernt. Dies ist leicht und mit grosser Exactheit auszuführen; Meissel oder ähnliche Instrumente sind nicht erforderlich. Die Anwendung mit dem electrischen Motor getriebener Trephinen ist zulässig.

Carmalt Jones spricht über die Wirkungen der Turbinotomie. Ohrenklingen, wegen dessen die Operation zuerst unternommen wurde, ist in 60 pCt. der Fälle gebessert worden. Taubheit und Catarrh der Eustachischen Röhre wurde bedeutend gebessert. Mundathmung, Verlust des Geruchs, Asthma und Heufieber wurden geheilt oder gebessert. Bei mehreren anämischen Mädchen verschwand die Blutarmuth und bei kleinen Kindern wurde die Unfähigkeit, zu saugen, beseitigt und die Nase entwickelte sich nach der Operation. Selten trat eine secundäre Blutung auf. Entzündung des Ohres kam vor, war aber wahrscheinlich verursacht durch das Eindringen von Flüssigkeit in das Ohr infolge zu gewaltsamen Schnäuzens. Kopfschmerzen nach der Operation wurden beobachtet, dagegen niemals Bronchitis. Ein Todesfall infolge der Operation ist nach Redner's Kenntniss nicht vorgekommen.

Lennox Browne kann den Anschauungen Carmalt Jones' in dieser Frage nicht beipflichten. Er hält es für zweckmässiger, die Fälle mit milden Maassnahmen zu behandeln; radicale Eingriffe sind noch nicht in 1 pCt. der Fälle nothwendig. Gar nicht rathsam ist es, bei Kindern zu operiren. In zahlreichen Fällen von gestörter Secretion, bei denen man Muschelhypertrophie als Ursache annimmt, ist nach seiner Meinung die eigentliche Ursache der Störung eine Tornwald'sche Krankheit, die von den britischen Laryngologen oft übersehen wird. Ein weiterer Factor, der von den Aerzten, die die Turbinotomie machen, oft vernachlässigt wird, sind die Spinen und Deviationen des Septums, die so oft vorhanden sind.

W. H. Daly wendet sich gegen diese Verurtheilung der Turbinotomie bei Kindern in toto. Er hat mit den allerbesten Erfolgen operirt. Nur muss man dieselbe Regel bei Kindern gelten lassen, die für Erwachsene gilt, dass man nämlich nur das absolut Nothwendige und nicht mehr entfernt.

Chas. Warden ist der Meinung, dass die Operation vielfach zu leichtfertig unternommen worden ist; die Fälle sind nur sehr selten, in denen mildere Massnahmen nicht genügen.

Permewan freut sich zu hören, dass die amerikanischen Collegen das Wort „spokeshaving" verwerfen. Dies Wort setzt ein Operiren an todten Geweben voraus und er fürchtet, dass sich allmälig die Idee einer radicalen Opera-

tion damit verbinden könnte. Auch er sah nur sehr selten Fälle, in denen wirklich eine grössere Operation nothwendig war und er sieht mit Freude, dass die allgemeine Anschauung in dieser Beziehung von Jahr zu Jahr conservativer wird.

Bryson Delavan begrüsst die Discussion mit Genugthuung, weil es nothwendig war, dem bisherigen Thun, das ebenso unwissenschaftlich wie schädlich war, Einhalt zu thun. Die physiologische Bedeutung der Muscheln musste wieder in Erinnerung gebracht werden. — Die meisten Verstopfungen der Nase sind vom Septum aus zu beseitigen und wenn sie wirklich der Verdickung der Muscheln ihren Ursprung verdanken, dann ist es nöthig, die Ursachen dieser letzteren festzustellen, ob es sich um locale Zustände oder Allgemeinerkrankungen, wie Gicht, Alkoholismus, Tabak u. ähnl. handelt. Die Anwendung der von Carmalt Jones vorgeschlagenen Operation bei Kindern ist streng zu verwerfen.

Discussion über die Bedeutung der Kehlkopflähmung.

W. H. Daly (Pittsburgh) eröffnet die Discussion. Die Bedeutung der Kehlkopflähmungen wird am besten gewürdigt, wenn man ihre Aetiologie ins Auge fasst. Die Lähmung kann abhängig sein von Processen im Gehirn, an den medullären Kernen der Kehlkopfnerven, an den Nervenstämmen selbst oder endlich von Hysterie. Das corticale Kehlkopfcentrum ist jetzt im Stirnlappen localisirt worden an der hintersten Partie der 3. Stirnwindung und dem vordersten und untersten Theil der aufsteigenden Hirnwindung; localisirte Lähmungen cerebralen Ursprungs sind, wenn auch selten genug, zur Beobachtung gekommen. Die Kerne werden von Blutungen oder Entzündungen betroffen und dann entstehen isolirte Lähmungen. Die Lähmungen durch Affection der Nervenstämme sind weit gewöhnlicher, als die centralen; es handelt sich dabei um Verletzung oder Druck der peripheren Nerven oder um eine Neuritis, welche die Kehlkopfnerven allein befallen oder Theilglied einer multiplen Neuritis sein kann. Schliesslich können Lähmungen verursacht sein durch lange Erschöpfung, durch locale Entzündungen oder durch Hysterie. Eine hysterische Lähmung soll erst diagnosticirt werden, wenn nach allen anderen Ursachen sorgfältig nachgeforscht ist; ihr Symptom ist nicht immer Aphonie, sondern bisweilen auch blosse Heiserkeit. Die strittigste Frage auf diesem ganzen Gebiete ist die nach der Aetiologie der Abductorenlähmungen; die einen führen sie auf Processe in der Peripherie, andere auf solche in der Continuität der Nerven, die dritten auf centrale Erkrankungsprocesse zurück. Alles in allem ist es wahrscheinlich, dass wenn auch periphere Läsionen Abductorlähmung hervorrufen können, doch in den meisten Fällen dieser Lähmung pathologische Zustände an den medullären Centren vorliegen.

Shurley erinnert an die Thatsache, die als erwiesen angesehen werden darf, dass es zwei Centren der nervösen Function im Gehirn resp. Rückenmark giebt, von denen das eine der automatischen, das andere der willkürlichen Thätigkeit des Larynx vorsteht; dies muss bei der Diagnose und Prognose der Kehlkopflähmungen berücksichtigt werden. Die sogen. hysterische Lähmung ist bisweilen ein Frühsymptom von Gehirnerkrankung; die diagnostische und prognostische Beurtheilung dieser Fälle ist stets schwierig.

Lennox Browne weist darauf hin, dass diphtheritische Lähmungen bei

Erwachsenen häufiger sind, als bei Kindern und dass sie im Gegensatz zu anderen Folgen der Diphtherie oft persistiren. Die rechtsseitige Recurrenslähmung ist, wie Mandl zuerst zeigte, gewöhnlich bedingt durch Erkrankungen an der Lungenspitze. Die sogen. hysterische Aphonie ist oft ein Frühzeichen structureller Veränderungen im Gehirn; bei der Diagnose auf hysterische Lähmung erinnere man sich daran, dass nur die Stimme aphonisch, der Husten aber klangvoll ist und dass vollkommene Sprachlosigkeit ein sicheres Zeichen für die functionelle Natur des Verlustes der Stimme ist.

Bryson Delavan behauptet, dass die Ursache der rechtsseitigen Recurrenslähmung, obgleich dieselbe ohne Zweifel in vielen Fällen mit Veränderungen der Spitze in Zusammenhang steht, nur selten intra vitam demonstrirt werden kann. Er selbst verfügt über 2 Fälle von rechter Recurrenslähmung, die anscheinend diphtheritischen Ursprungs sind, der eine seit 6, der andere seit 17 Jahren bestehend.

Permewan macht 3 Bemerkungen: Erstens zur Aetiologie, dass in den durch organische Erkrankung bedingten Fällen die Syphilis direkt oder indirekt die häufigste Ursache ist, direkt durch Bildung gummöser Geschwülste, indirekt durch Erzeugung chronischer Nervenkrankheiten. Zweitens zur Würdigung doppelseitiger Lähmung, dass dieselbe zwar zumeist durch centrale Erkrankung bedingt ist, dass aber auch — wie er dies in einem Falle sah — Druck auf beide Recurrentes vorkommt. Drittens zum Vorkommen hysterischer Lähmung, dass dieselbe zwar ganz sichergestellt ist, dass man sie aber sorgfältig von den Fällen unterscheiden muss, in denen die Aphonie nur ein Symptom der vollständigen Lähmung ist.

Es folgten die Vorträge von:

J. H. Bryan (Washington): Ein Beitrag zum Studium der Anatomie der Stirn- und Siebbeinhöhlen.

Redn. hat zwischen den Stirn- und den Seitenbeinzellen eine Reihe von Zellen gefunden, die streng genommen zu keiner der beiden Höhlen gehören, die aber bei der Erkrankung beider eine sehr wesentliche Rolle spielen. Bei der Erkrankung des Sinus frontalis sind diese Zellen gewöhnlich mitergriffen und sie müssen untersucht und behandelt werden, ehe eine Heilung zu erwarten ist.

Redn. bespricht dann den Zusammenhang zwischen der Kieferhöhle und den darüber gelegenen Theilen. Es bestehen normalerweise Passagen zwischen der Stirnhöhle und den Kieferhöhlen und oft setzt sich das Infundibulum rinnenförmig fort und endigt an dem Foramen der Highmorshöhle. Nicht selten besteht auch eine Schleimhautfalte, die Secrete von der Stirnhöhle nach dem Antrum hinleitet. Die Bedeutung dieser Punkte für die Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen liegt klar zu Tage.

E. Fletcher Ingals (Chicago): Die Beziehung von Nasenerkrankung zur Lungentuberkulose.

Redn. hat sein eigenes Krankenmaterial von 14 953 Fällen durchmustert und die Mittheilungen von Solly und Freudenthal einer genauen Prüfung

unterzogen. Seine eingehenden statistischen Untersuchungen führen ihn zu dem Schlusse, dass der Nasencatarrh sicherlich nicht für Lungentuberkulose praedisponirt, sondern wenn er überkaupt nach dieser Richtung von Einfluss ist, eher verhütend wirkte. Dies Resultat ist wohl unerwartet, aber überraschen darf es eigentlich nicht, wenn ein gewisser Antagonismus besteht zwischen dem zur Hyperämie neigenden catarrhalischen Zustand und der tiefgreifenden Anämie der Tuberculose. Eine Ausnahme bildet möglicherweise die atrophische Rhinitis.

John N. Mackenzie: Die physiologischen und pathologischen Beziehungen zwischen der Nase und dem Sexualapparate.

Dass solche Beziehungen physiologisch bestehen, zeigen die Anschwellung des cavernösen Gewebes der Nase während normaler oder abnormer Menstruation, das Vorkommen vicariirender menstrueller Blutung aus der Nase, das gelegentliche Auftreten nasaler Erscheinungen während sexueller Erregungen und die bisweilen zu beobachtende Abhängigkeit von Reizung im Uro-genitalapparat von Affectionen der Nasenwege.

Pathologisch äussern sich diese Beziehungen auf verschiedene Weise. Viele Frauen, die an der Nase leiden, erfahren erhebliche Zunahme der nasalen Störung während der Menstruation; bisweilen besteht nur während der letzteren störender nasaler Ausfluss. Auch sexuelle Excesse und Masturbation steigern oft die catarrhalischen Symptome der Nase.

John O. Roe (Rochester N. Y.): Die Correction von Nasendeformitäten durch subcutane Operationen.

Redn. hebt als Hauptvorzug der subcutanen Operationsmethode hervor, dass dieselbe nicht zu Entstellungen führt. Bei den Operationen wegen Deformität der Nase kommt alles auf die Symmetrie an; um diese zu erreichen, müssen überstehende Partien abgetragen und Löcher ausgefüllt werden. Drei Dinge sind nöthig für ein gutes Resultat: erstens gründliche Antisepsis, zweitens ein sorgfältiges Ausgleichen aller Unebenheiten und drittens aufmerksame und fortgesetzte Nachbehandlung. Nicht selten sind nach der Hauptoperation noch kleinere ergänzende Eingriffe zum Ausgleich kleiner Unrichtigkeiten nöthig.

Bryson Delavan (New York): Die neueren Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der malignen Erkrankung des Kehlkopfs.

Redn. bespricht die Resultate der verschiedenen Operationen nach den neuesten Publicationen von Watson Cheyne, Sendziak, Butlin, Semon und Wagner (New York). Er weist auf die Abnahme der Mortalität nach der Thyrotomie hin, bezweifelt aber, dass die ungünstigen Fälle alle publicirt werden. Die Frühdiagnose der malignen Erkrankung ist ebenso nothwendig, wie schwierig; auch auf die mikroskopische Untersuchung kann man sich anscheinend nicht immer verlassen. Der Sitz der Geschwulst im vorderen Theile des Kehlkopfs ist

kein sicheres Zeichen für ihre Benignität, ebensowenig die freie Beweglichkeit des Stimmbandes.

Ein wichtiger Punkt bei der Operation ist die Frage der vorherigen Tracheotomie. Redn. hält dieselbe in allen Fällen für dringend nothwendig. Manche Chirurgen machen sie unmittelbar vor der Hauptoperation; aus verschiedenen Erwägungen aber zieht Redn. vor, eine beträchtliche Zeit zwischen beide zu legen. Diese Erwägungen beziehen sich auf: 1. die Veränderungen, welche die Trachealcanüle in der Physiologie der Athmung hervorrufen muss. Es ist rathsam, dass der Patient sich erst an diese Veränderungen gewöhnt, ehe er dem Choc der grösseren Operation ausgesetzt wird; 2. die Besserung im Allgemeinzustand, die der Wiederherstellung der freien Athmung durch die Tracheotomie folgt; 3. die chirurgischen Vortheile der Zeitersparniss bei der Hauptoperation, der leichteren Narcose und — bei der Operation nach Solis-Cohen — der festen Verwachsung der Tranchealwunde. Nach allem ist es sehr zweckmässig, wenn irgend möglich 10 Tage zwischen der Tracheotomie und der Operation am Larynx verstreichen zu lassen.

Price-Brown (Toronto): Chronische Laryngitis des Interarytaenoidalraums.

Redn. bespricht einige Fälle von chronischer Laryngitis, bei denen die Congestion und die Schwellung auf die Regio interarytaenoidea beschränkt war. Er fragt, ob diese Fälle eine pathologische Einheit für sich bilden oder ob sie der Pachydermia laryngis oder der Tuberkulose zuzuzählen sind.

C. H. Knight (New York): Ein Fall von Fremdkörper (Schuhanzieher aus Metall) mittelst Thyrotomie aus dem Kehlkopf entfernt.

Die Thyrotomie wurde nach wiederholtem vergeblichen Versuch der intralaryngealen Entfernung des Fremdkörpers gemacht. Die Stimme kehrte nach ein paar Wochen der Aphonie vollständig wieder.

H. V. Wurdemann (Milwaukee): Phosphornekrose des Schläfenbeins.

Krankengeschichte eines Arbeiters in einer Zündholzfabrik. Ausser dem Os temporale war auch der Kiefer nekrotisch, wodurch die Diagnose sichergestellt wurde.

O'Dwyer: Acute syphilitische Stenose des Larynx. Intubation. Heilung.

Redner giebt die Krankengeschichte eines Falles von acuter Stenose, den er durch Einführung einer starken Tube zu vollständiger Heilung führte. Er erörtert die Vorzüge dieser Methode, die bei Erwachsenen grössere Schwierigkeiten bereitet, als bei Kindern. Von grosser Wichtigkeit ist es, eine genügend breite Tube zu wählen.

Jobson Horne und Macleod Yearsley: Eucain als locales Anaestheticum in der Chirurgie des Halses, der Nase und der Ohren.

Die Autoren empfehlen das Eucain. Toxische Nebenwirkungen sahen sie von demselben in keinem Falle. Die Anaesthesie trat in der Regel nach 10 Minuten ein und hielt etwa 1 Stunde vor.

A. Permewan (Liverpool), Secretär der Section.

[Die in der Section gehaltenen Vorträge von rein otologischem Interesse, welche der Herr Berichterstatter ebenfalls referirt hatte, sind, dem Charakter des Centralblatts gemäss nicht wiedergegeben worden. Red.]

III. Briefkasten.

Personalia.

Dr. Edmund Meyer hat sich als Privatdocent für Laryngologie in Berlin Dr. Hajek in gleicher Eigenschaft in Wien habilitirt.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Das Monument soll in der letzten Hälfte des Monats October enthüllt werden. Der Herausgeber des Centralblatts ist von dem dänischen Executivcomité aufgefordert worden, die Festrede zu halten und das Monument dem Magistrat der Stadt Kopenhagen zu überweisen. Er wird dieser ehrenvollen Aufforderung Folge leisten. Das Centralblatt wird in seiner Novembernummer eine Schilderung der Feierlichkeit und eine Abbildung des Monuments bringen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. Berlin, September. 1898. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Medicamente etc.

1) . . . **Bericht über die Thätigkeit des Olgahospitals für Kinder in Moskau im Jahre 1896. (Otschet o dejatelnosti detskoi bolnitzi sw. olgi w Moskwe.)** Moskau. 1897.

Unter Anderem werden angeführt:

1. Tumor linguae — Electrolyse ohne Einfluss.
2. Palatum fissum — Operation.
3. Labium leporinum — plast. Operation.
4. Tumor gland. parotid. — Spindelzellensarcom. Operation.
5. Polypus nasalis — Kornzangen-Operation.
4. Scoliosis septi narium — Operation.

P. HELLAT.

2) **E. Martinez** (Habana). **Statistik über Laryngologie, Rhinologie und Otologie. Erste Serie: Tausend Kranke in Havanna vom August 1891 bis November 1897 (Estadistica de Laringologia, Rinologia y Otologia. Primera serie: mil enfermos asistidos en la Habana desde Agosto de 1891 hasta Novembre de 1897.)** *Archiv. de la Policlinica de la Habana. No. 100, 101, 102 y 103. 1897.*

Eingehende Statistik über die vom Verf. beobachteten Fälle mit Angabe der Anzahl der Kranken und deren Behandlung in den einzelnen Fällen. R. BOTEY.

3) **P. Claisse** und **E. Dupré. Die Parotis bei Bleiintoxication. (La parotide chez les saturnins.)** *Presse Médicale. 18. December 1897.*

Die Parotisanschwellung bei Bleivergiftung zeigt zwei verschiedene Formen:

1. Die wässrige Anschwellung der Parotis durch Verengerung des Stenon'schen Ganges. Dieselbe ist entweder



a) entzündlicher Natur (acute oder subacute Entzündung des Duct. Stenonianus). Diese Abart ist vorübergehend und heilbar, sie tritt bisweilen plötzlich auf, ist schmerzhaft, oft von Salivationsstörungen begleitet,

b) skleröser Natur (fibröse Stenose des Ductus). Diese Form entwickelt sich langsam, schmerzlos. Sie führt allmählich zu functioneller Insufficienz und anatomischer Zerstörung der Drüse.

2. hypertrophische Cirrhose der Parotis, die anatomische Folge der mannigfachen mechanischen und infectiösen Störungen, welche die Parotis bei Bleivergiftung treffen. Die Drüse wird durch die chronische Bleivergiftung langsam verändert, sie wird Sitz cirrhotischer Vorgänge und dadurch zu Infectionen geneigt.

Diese Cirrhose ist eine seltene und späte Affection. PAUL RAUGÉ.

4) **Schmidt** (Nancy). **Eucain und Cocain. (Eucaine et cocaine.)** *Soc. de Thérapeutique. 9. Juni 1898.*

Vergleichende Untersuchungen mit beiden Substanzen führten den Verf. zu dem Resultat, dass das Eucain weniger toxisch, aber auch weniger anaesthesirend ist, als das Cocain. PAUL RAUGÉ.

5) **Braun** (Bergtheim). **Parachlorphenol in der Therapie der oberen Luftwege.** Dissert. Würzburg. 1897.

Bericht über eine Reihe von Fällen mit Tuberculose der Nase oder des Kehlkopfes, in welchen mit Parachlorphenol gute Resultate erzielt wurden. Aus den Beobachtungen schliesst Verf., dass P. eine günstige und rasche Heilwirkung auf tuberculöse Geschwüre und knotige Infiltrationen der oberen Luftwege ausübt, dass bei der Application des Mittels keine üblen Erscheinungen auftreten, dass bei Kehlkopftuberculose eine Heilung erzielt werden kann. SEIFERT.

6) **Neumayer. Ueber Orthoform.** *Münch. med. Wochenschr. No. 44. 1897.*

Hervorragendes locales Anaestheticum, wenn dasselbe auf blossliegende Nervenendigungen, also auf Substanzverluste einwirkt, wie z. B. auf Geschwüre in Mund, Rachen, Nase, Magengeschwüre, Geschwüre in der Harnröhre. Das Orthoform ist völlig ungiftig und hat auch keine schädlichen Nebenerscheinungen, seine Wirkung hält länger an, als jene des Cocains; auch scheint es nur auf die schmerzempfindenden Nervenelemente einzuwirken, während Tast-, Temperatur- und Geschmackssinn nicht gestört werden. SCHECH.

7) **Max Scheier** (Berlin). **Ueber die Verwerthung der Röntgenstrahlen in der Rhino- und Laryngologie.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Die Untersuchung findet mittelst des Fluorescenzschirmes oder durch photographische Aufnahme statt. Die letztere giebt viel schärfere Bilder, erfordert aber eine erhebliche Expositionszeit (10—15 Min.). Bei der Untersuchung der Nase macht dies nichts aus, bei der Kehlkopfuntersuchung aber ist es hinderlich, da der Larynx nicht so lange ruhig gehalten wird. Verf. bekam daher sehr gute Bilder der Nasenhöhlen (er zeigt Fremdkörper in der Nase, das Hereinragen

eines Zahnes in die Oberkieferhöhle, das Vorhandensein der Stirnhöhle im Bilde. Ob die Nebenhöhlen gesund oder krank sind, lässt sich aus dem Bilde nicht erkennen; es kommen Differenzen im Schattenbilde der beiden Seiten auch in Fällen vor, in denen mit Sicherheit eine Eiterung ausgeschlossen werden konnte), während die photographischen Versuche am Larynx noch nicht weit gediehen sind. Fremdkörper sind auch im Larynx nicht nachweisbar durch die einfache Durchleuchtung mittelst des Schirms. Durch Aufnahme des Kehlkopfes an der Leiche stellte Verf. fest, dass die Kehlkopfknorpel nicht vollständig durchlässig für X-Strahlen sind, sondern sich auf der photographischen Platte zu erkennen geben.

F. KLEMPERER.

8) **H. Wagner** (Saarbrücken). **Erfahrungen über elektro-medicinische Anschlussapparate an Gleichstromstationen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Verf. empfiehlt die Anschlussapparate, die bequemer und auf die Dauer billiger sind, als Accumulatoren. Er giebt einige technisch nützliche Winke für den Gebrauch derselben.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **Hugo Bergeat** (München). **Befunde im Naseninnern von skelettirten Rassenschädeln bei vorderer Rhinoskopie.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Verf. abstrahirt aus seinen Untersuchungen folgende Thatsachen:

Die Crista ethmoidalis ist die Ansatzleiste für das Nasoturbinale (Crus ascendens conchae I) und hat deshalb, so lange Reste desselben unter dem vordersten Theile der mittleren Muschel sich finden, ihren Zug zu diesen Resten.

Die Gestalt der unteren Muschel ändert sich mit der winkeligen Knickung ihrer Ansatzlinie in der Weise, dass die ursprünglich einfach gerollte Form (am besten erhalten beim Neger) immer senkrechter, flacher, segmentförmiger wird (Indianer).

Das Siebbein erfährt vom Neger herab zum Europäer eine Verminderung seiner frontalen Ausdehnung; merkwürdigerweise findet sich dagegen beim Europäer die grösste Häufigkeit der Zelleneinlagerung (bullöse Form) in der mittleren Muschel.

Die grössere Entwicklung der Bulla ethmoidalis und des Processus uncinatus gehen meistens gemeinsam. Die grösste Entwicklung weist durchschnittlich wieder der Neger, die kleinste der Europäer auf.

Je grösser die Bulla besonders in ihrem vorderen Theile ist, um so weiter rückt der Proc. uncinatus im mittleren Nasengange nach vorn, bis er sogar vor dem senkrechten Rand der mittleren Muschel zu stehen kommt: je tiefer die Bulla hinabreicht, um so senkrechter wird der Basaltheil solch eines nach vorn verschobenen Processus.

Je mehr sich das Siebbein über den Proc. frontalis hereinwölbt, um so mehr Platz findet der Proc. uncinatus zur flächenwendenden Stellung, um so bedeutender pflegen die Reste des Crus ascendens conchae I (Nasoturbinale) zu sein und um so schmaler und frontaler gestellt wird der Aggertheil der mittleren Muschel.

Die Neigung der mittleren Muschel nach unten auswärts wird um so bedeutender, je weniger entwickelt die im mittleren Nasengange befindlichen Siebbeintheile sind (besonders also beim Europäer).

Zuletzt betont Verf. das für die Frage der Ozaena (die bei Negern angeblich trotz besonders weiter Nasen nicht vorkommen soll) interessante Factum, dass die Nase des Negers durchaus nicht ungewöhnlich weit ist im Vergleich zu der der Europäer; und zweitens, dass die Hohlräume in der mittleren Muschel der Europäer eine auffällige Zunahme zeigen, nachdem offenbar das Volumen der übrigen Siebbeinhohlräume im Vergleich zu denen des Negers eine Verkleinerung erfahren hat.

F. KLEMPERER.

10) **P. L. Peláez** (Granada). **Einige anatomische und physiologische Besonderheiten der Nasenhöhlen und der Nasenschleimhaut. (Algunas particularidades anatomicas y fisiologicas de las cavidades y mucosa nasales.)** *Gacet. Medic. de Granada. No. 336—344. 1897.*

Verf. giebt eine eingehende interessante Studie über die topographisch-anatomischen Verhältnisse in den Nasenhöhlen und die daraus zu entnehmenden Schlussfolgerungen mit Bezug auf die Erkrankungen derselben. In lobenswerther Weise behandelt P. die Physiologie der Nasenhöhle mit Angabe alles dessen, was bisher von den Rhinologen bezüglich des Geruchsinnes und des Filtrirapparates der Schleimhaut der Nasenhöhlen veröffentlicht worden ist. Schliesslich wird auch der Nasenathmung und deren Einfluss auf die Circulation, sowie der absorbirenden, phonetischen und bactericiden Eigenschaften der Nase Erwähnung gethan. Die Arbeit des Verf.'s verdient eine besondere Beachtung.

R. BOTEY.

11) **Sänger. Ueber die Beziehung zwischen abnormer Weite der Nasenhöhlen und Erkrankungen der übrigen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1897.*

Die Schutzwirkung der Nase wird durch abnorme Weite derselben aufgehoben; in Folge dessen tritt häufiges Erkranken an acuten Catarrhen und Staubinhalationskrankheiten auf. Zur Verhütung derselben wird ausser den gebräuchlichen Respiratoren und Masken mit Luftfilter der Nasenobturator des Verfassers empfohlen.

SCHECH.

12) **Smester. Abortivbehandlung des acuten Schnupfens. (Traitement abortif du coryza aigu.)** *Soc. de thérapeutique. 22. December 1897.*

Verf. theilt mit, dass er acute Coryza sehr schnell durch grosse Ausspülungen der Nase mit antiseptischen Lösungen (Sublimat $^1/_{5000}$, Carbol $^1/_{2000}$, Liquor ferri $^1/_{1000}$) heilt.

PAUL RAUGÉ.

13) **A. H. Edwards. Complicationen von Seiten der Ohren bei chronisch catarrhalischer Entzündung der Nase und des Halses. (Ear complications from**

chronic catarrhal inflammation of the nose and throat.) *Am. Practitioner and News. 2. October 1897.*

Mittheilung einiger Krankengeschichten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

14) **Le Roy de Quenet** (Barcelona). **Gegenwärtiger Stand der Behandlung der Ozaena. (Estado actual de la terapeutica del ozena.)** *Gacet. medic. Catal. No. 14 y 16. 1897.*

Angabe der bisher üblichen bekannten Heilmethoden. R. BOTEY.

15) **Garnault** (Paris). **Rheumatische Erkrankung nach Injectionen von Diphtherieserum in einem Falle von Ozaena. (Accidents rhumatoides consécutifs à des injections de serum anti-diphthérique dans un cas d'ozène.)** *Académie de médecine. 7. December 1897.*

37jährige Frau mit parasyphilitischer Ozaena bekam 5 Injectionen von 10 ccm Serum, nachdem alle anderen Behandlungsmethoden versagt hatten. Es traten heftige Gelenkschmerzen ein unter schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes (Fieber, Delirien), die 3 Wochen anhielten. Die Ozaena erfuhr keine Veränderung.

Der Verf. macht diese Beobachtung nicht nur gegen die serotherapeutische Behandlung der Ozaena, sondern auch gegen die Theorie von dem parasitären Ursprung derselben geltend.

Man kann ihm wohl den Einwand machen, dass es sich in seinem Falle nicht um die echte, rein atrophische Ozaena handelte, sondern um eine Affection syphilitischen Ursprungs. PAUL RAUGÉ.

16) **Méneau** und **Prèche. Der nasale Ursprung des Gesichtslupus. (De l'origine nasale du lupus de la face.)** *Soc. franç. de Dermatol. et de Syphilis. 26. April 1897.*

Der primäre Lupus der Nasenhöhle kann sich auf das Gesicht durch die äussere Nasenöffnung oder durch die Thränenwege fortpflanzen. Auch ist es möglich, dass gelegentlich geschwollene Halsdrüsen mit einem verkannten Lupus der Nase in Zusammenhang stehen. PAUL RAUGÉ.

17) **Sachs. Nachtrag zu: Primäre tuberculöse Geschwülste in Nase und Kehlkopf. Operation, Heilung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1897.*

Mittheilung eines weiteren Falles primärer tuberculöser Geschwülste in der Nase bei einem 20jährigen Manne. SCHECH.

18) **J. H. Fruitnight. Häufige Bedeutung von Nasenbluten bei Kindern. (Frequent significance of epistaxis in childhood.)** *Arch. Pediatrics. August 1897.*

Das Symptom ist oft bedeutungsvoll für organische Herzerkrankung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **J. A. Mullen. Nasenbluten bei Kindern als diagnostisches Zeichen innerer Nasenkrankheiten. (Nose bleeding in children as diagnostic of internal nasal diseases.)** *Archives of Pediatrics. October 1897.*

Mittheilung einiger Krankengeschichten. Nichts Bemerkenswerthes.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).



20) **Robert W. Hastings. Nasenbluten nach Chinin. (Quinine nose-bleed.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 3. December 1897.*

Berichte über zwei Fälle, in denen nach Chiningebrauch Nasenbluten auftrat.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **Seymour Oppenheimer. Nase und Rachen in einem Falle von Hämophilie. (A study of the nares and pharynx in a case of haemophilia.)** *N. Y. Med. Journal. 4. u. 11. December 1897.*

O. berichtet über einen Fall, den er selbst nicht bestimmt classificiren will, sondern zwischen Basedow'sche Krankheit, Purpura haemorrhagica, Peliosis rheumatica und Haemophilie stellt. Die erwachsene Patientin ist stark entwickelt. Sie leidet an Anfällen von Nasenbluten, die zu schwerer Anämie führen. In den Intervallen erholt sich die Patientin leidlich. Dem Bluten geht jedesmal ein Gefühl von Völle im Kopfe voraus, das speciell über der Nase seinen Sitz hat Die erectilen Gewebe der Muscheln erscheinen geschwellt und die Turgidität nimmt zusehends zu, bis die Blutung ausbricht.

LEFFERTS.

22) **M. P. Smithwick. Der weiche Katheter zum Tamponiren der Nase. (The soft catheter in plugging the nose.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 3. December 1897.*

S. führt einen weichen Katheter in die Nase, durch welchen ein Faden gezogen ist. An dem Faden wird der Tampon befestigt, der dann leicht an seinen Platz gebracht werden kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **G. C. Eggers. Nasenreflexe. (Nasal reflexes.)** *Med. Age. 10. Mai 1897.*

Krankengeschichten von 3 Fällen, in denen die gewöhnlichen nasalen Reflexstörungen durch Spinen und hypertrophische Muscheln verursacht waren.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

24) **E. E. Clark. Nasale Reflexe. (Nasal reflexes.)** *Fort Wayne Med. Journ. Magazine. Juni 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

25) **S. S. Bishop. Beziehungen und Behandlung des Heufiebers und der Coryza. (Relations and treatment of hay fever and coryza.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 12. November 1897.*

Bei beiden Krankheiten ist nach Verf. die Harnsäure im Blut vermehrt. Auch findet Verf., dass die Mittel, die bei Heufieber Erfolg haben, ebenso bei Coryza wirksam sind.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

26) **Hal Foster. Die Behandlung von Asthma und paroxysmalem Niesen. (The treatment of asthma and paroxysmal sneezing.)** *Kansas City Med. Index. August 1897.*

Bei acuten Anfällen hilft fast ausschliesslich Blennostasine in Pillen von 0,18 bis 0,3 g.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

27) **W. W. Bulette. Zwei Fälle von Asthma infolge von intranasaler Verstopfung. (2 cases of asthma due to intra-nasal obstruction.)** *Codex Medicus. September 1897.*

Zwei Frauen im Alter von 61 resp. 38 Jahren. Die Entfernung eines Osteoms und mehrerer Polypen, sowie die Geraderichtung des verbogenen Septums heilte das Asthma bei der älteren Patientin; der zweite Fall wurde durch Beseitigung von Spinen und Cauterisation der Muscheln geheilt. Verf. betont, dass ca. 85 pCt. der Fälle von Asthma auf diese Art vollständig und dauernd geheilt werden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

28) **C. Karminski** (Sevilla). **Die Nasenkrankheiten in ihrer Beziehung zum nervösen Asthma. (Las afecciones nasales en el asma nervioso.)** *Anal. Med. Gadit. No. 4. 1897.*

H. schliesst sich nach seinen Erfahrungen der bereits bekannten Theorie an, dass Asthma bei einer nervös beanlagten Person häufig eine chronische Erkrankung der Nasenhöhlen, sei es eine einfache Hypertrophie der Nasenmuscheln, sei es Nasenpolypen, Fremdkörper der Nase etc. zur Ursache hat. Von Einfluss ist dabei die erschwerte oder behinderte Nasenathmung. Die Verbesserung dieser hat gewöhnlich das Nachlassen oder Schwinden des Asthmas zur Folge. Verf. empfiehlt in jedem Falle von nervösem Asthma die genaue Untersuchung der Nasenhöhlen.

R. BOTEY.

29) **A. C. Palmer. Einige Reflexstörungen bei Schwellung der mittleren Nasenmuscheln. (Some reflex disturbances caused by swollen middle turbinate bodies.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 24. September 1897.*

Verf. schildert einen Fall von Gesichtsneuralgie bei einer Schwangeren und einen anderen von nervöser Abgeschlagenheit nach Grippe; beide wurden durch Behandlung der erkrankten Muscheln völlig geheilt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

30) **F. E. Hopkins. Operation zur Correction von Deformitäten der Nasenscheidewand. (Operation for correcting deformity of the nasal septum.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 3. December 1897.*

Verf. hat die Operation nach Asch in 6 Fällen ausgeführt. Das Septum wurde mit einer starken Zange losgebrochen und in die richtige Lage gerückt. In die verengte Seite wurde eine röhrenförmige Schiene eingeführt, diese blieb 6 Wochen liegen, wurde aber behufs Reinigung täglich entfernt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **L. Polyak** (Budapest). **Beiträge zur pathologischen Histologie der hypertrophischen Nasenschleimhaut.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Verf. beschreibt in ausführlicher Weise die Resultate seiner histologischen Untersuchungen an Hypertrophien der unteren Muschelenden und an Schleimpolypen, die nach ihm auch nur das Resultat eines hypertrophischen Processes und keine Neubildung im wahren Sinne des Wortes sind. Seine Ausführungen

beschäftigen sich hauptsächlich mit der hyalinen und colloiden Entartung der Zellen. Die homogenen Kugeln, die man im Bindegewebe und auch in der Epithelschicht trifft, entstehen aus Zellen auf dem Wege der Degeneration. Sie bestehen aus einer colloiden Substanz, die tinctoriell sich wie das Schilddrüsencolloid erhält. Während Verf. Uebergangsformen zu den homogenen Zellen weder bei den Mastzellen, noch bei den Epithelzellen antraf, sah er solche bei den Rundzellen der Infiltration. Die Anwesenheit der hyalin und colloid degenerirten Zellen hält er nicht für accidentell, sondern glaubt an einen engen Zusammenhang zwischen ihnen und der Natur der Hypertrophien. Verf. giebt eine Reihe von Bildern seiner mikroskopischen Präparate.

F. KLEMPERER.

32) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ein Fall von recidivirender zweigartiger Hyperplasie der unteren Muscheln. (A case of recurrent dendriform hyperplasia of the inferior turbinateds.)** *Austral. Med. Gazette. 20. August 1897.*

24jähriger Mann, seit 2 Jahren an nasaler Verstopfung leidend. Die lappigen Hypertrophien wurden auf beiden Seiten mit der kalten Schlinge gründlich abgetragen. Sie recidivirten stets von neuem und mussten in Intervallen von 14 Tagen bis $2^1/_2$ Monaten immer wieder abgetragen werden.

A. J. BRADY.

33) **G. A. Stockwell. Nasenpolypen. (Nasal polypi.)** *Dominion Med. Monthly and Ontario Med. Journal. April 1897.*

Ueberblick über die Pathologie, Symptomatologie und Therapie des Nasenpolypen.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

34) **Jonathan Wright** (Brooklyn). **Papilläre ödematöse Nasenpolypen und ihre Beziehung zu Adenomen und Adeno-Carcinomen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. H. 1. p. 96. 1897.*

Verf. untersuchte einige Fälle von papillären oedematösen Polypen der Nase und berichtet über seine mikroskopischen Befunde, die er durch Abbildungen veranschaulicht. Die Schleimpolypen und Adenome sind Folgen eines entzündlichen Processes. Oedematöse Durchtränkung des Gewebes und Proliferation von Bindegewebe verleihen ihnen das Gepräge der oedematösen Schleimpolypen. Bei den seltenen oedematösen papillären Geschwülsten der Nase kommt noch die Proliferation der Drüsen und des Oberflächenepithels hinzu. Zwischen den Producten der Entzündung und manchen gutartigen Geschwülsten lässt sich eine zuverlässige Grenze nicht ziehen. Die Neigung der Adenome, sarcomatösen und carcinomatösen Character anzunehmen, ist bekannt.

F. KLEMPERER.

35) **F. E. Hopkins. Ein Fall von Adeno-Carcinoma der Nase.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. H. 1. p. 107.*

Krankengeschichte eines der Fälle, die in der vorstehend referirten Arbeit von Wright histologisch bearbeitet sind.

F. KLEMPERER.

36) **J. Schmidt** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von Fibroma cavernosum der mittleren Muschel.** Dissert. Würzburg. 1897.

Fall von cavernösem Fibrom der mittleren Muschel, das durch Spaltung der Nasenhöhle abgetragen wurde.

SEIFERT.

37) **D'Aquano. Papillom an der Innenseite des Nasenflügels. (Papilloma della fascia interna della pinna nasale.)** *Archivio Italiano di Otologia, Laringol. e Rinolog. No. 1. Anno IV.*

Bekanntlich sind die Papillome der Nasenhöhlen sehr selten. Ihr Sitz befindet sich in der Athmungsgegend, d. h. in den Nasenwandknorpeln, am Nasenhöhlenboden, in der unteren Nasenmuschel etc.

Verfasser hat ein Papillom auf der Innenseite des Nasenflügels beobachtet. Dasselbe hatte die Grösse einer grossen Linse, war ungestielt und von röthlicher Farbe. Es wurde mit dem Messer abgetrennt. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein characteristisches papilläres Fibrom mit Hautgewebe umgeben, handelte.

DAMIENO.

38) **F. T. Chamberlain. Ein Fall von Nasencystom. (A case of nasal cystoma.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 23. April 1897.*

42jähriger Geistlicher; die wallnussgrosse Cyste drängte den weichen Gaumen nach vorn; sie war gestielt und adhärirte hoch oben an der hinteren Fläche der mittleren Muschel.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

39) **James W. Barrett** (Melbourne Victoria). **Eine aussergewöhnliche Operation zur Entfernung von Nasenpolypen. (An extraordinary operation for the removal of nasal polypi.)** *Intercolonial Medical Journal of Australia. 20. Oct. 1897.*

B. spricht von den ausserordentlichen Anweisungen, die Jacobsen zur Entfernung von Nasenpolypen giebt. „Der Patient wird narcotisirt und auf ein Sofa gesetzt; der Arzt kniet vor ihm auf dem Boden und reisst mit der Zange aus der Nase alles heraus, bis nichts mehr herauszureissen ist". Er versteigt sich zu der Empfehlung, die mittlere und untere Muschel(!) mit auszureissen.

B. verurtheilt eine derartige Chirurgie.

A. J. BRADY.

40) **J. A. Stucky. Turbinectomie oder Resection der mittleren Muschel. Bericht über 120 Operationen. (Turbinectomy or resection of the middle turbinate. Report of 120 operations.)** *The Laryngoscope. April 1897.*

Unter Turbinectomie versteht Verf. die Abtragung eines Theiles der knöchernen Muschel. Der Bericht bezieht sich auf Operationen am vorderen Theile der mittleren Muschel. Zur Exstirpation wählt S. die kalte (Wright'sche) Schlinge oder die scharfe Zange. Seine 120 Fälle classificirt er folgendermassen:

1. 35 Fälle von Stenose durch Hypertrophie.
2. 45 Fälle von polypoider Degeneration.
3. 3 Fälle von Cystenbildung.
4. 7 Fälle von acuter Stirnhöhlenerkrankung.

5. 11 Fälle von eitriger Ethmoiditis.
6. 16 Fälle von Empyem der Kieferhöhle.

Der schnellste und vollständigste Erfolg wurde bei den unter 1, 4 und 5 genannten Fällen erzielt; aber auch bei den übrigen war das Operationsresultat zufriedenstellend.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

41) **Francis R. Packard. Amaurosis nach intranasaler Operation mit einer Uebersicht über einige ungewöhnliche Folgen von Operationen in der Nase. (Amaurosis following intranasal operation, with a review of some of the uncommon results of operations within the nose.)** *Medical News. 9. October 1897.*

Verf. berichtet über seinen Fall und giebt eine interessante Zusammenstellung der von Ziem, Lermoyez, Semon, Bresgen, Cheatham u. A. publicirten Fälle von Gesichtsstörungen nach intranasalen Eingriffen.

LEFFERTS.

42) **P. J. Mink** (Zwolle, Holland). **Eine Choanenzange.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes.

F. KLEMPERER.

43) **John C. Lester. Eine scharfe Zange für die Nase. (A nasal cutting forceps.)** *N. Y. Med. Journal. 9. October 1897.*

Die Zange ist eine Modification der Weir'schen Nasenzange. Sie ist grösser, wie diese, ihr Handgriff etwas breiter und ihre scharfen Enden sind gefenstert. Infolgedessen kann man mit dieser Zange die ganze mittlere Muschel oder ein beliebiges Stück derselben abtragen, ohne dass — wie dies bei der Weir'schen Zange der Fall ist — das Gesichtsfeld abgeschlossen wird.

LEFFERTS.

44) **Edwin Pynchon. Nasenbougies und Drainage-Röhren. (Nasal bougies and drainage-tubes.)** *N. Y. Med. Journal. 23. October 1897.*

Verf. verlangt, dass die Röhren, um den anatomischen Anforderungen wirklich zu entsprechen, paarig, d. h. entweder für die rechte oder linke Seite construirt sind. Ferner muss die innere (Septum) Seite plan oder leicht convex sein, die äussere dagegen, die der Muschelfläche anliegen soll, concav. Verf. giebt eine Abbildung seiner Tuben.

LEFFERTS.

45) **L. Jankau** (München). **Ein neuer Nasenöffner und Inspirator.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Der kleine Apparat dient zum Ersatz des Feldbausch'schen Nasenöffners. Er ist, wenn er in den Naseneingang eingelegt ist, äusserlich nicht sichtbar.

F. KLEMPERER.

46) **Lichtwitz. Missbrauch und Gefahren der Nasendouche. (Abus et dangers de la douche nasale.)** *Semaine méd. 30. October 1897.*

L. warnt vor der urtheilslosen Anwendung der Nasendouche bei allen Nasenkrankheiten. Dieselbe hat nur dann einen Zweck, wenn schleimige Secrete und Krusten vorhanden sind. Er zählt die Störungen auf, die nach der Nasendouche

auftreten können (Kopfschmerz, Geruchsstörungen, eitrige Mittelohrenentzündung etc.).

A. CARTAZ.

47) **Hugo Hecht** (Heidelberg). **Zur therapeutischen Verwerthung der „Electrolyse" in Nase und Nasenrachenraum.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. VI. H. 2. 1897.*

Verf. berichtet ausführlich über die Resultate, die mit der Electrolyse in der Poliklinik von Prof. Jurasz erzielt wurden. Er giebt einen kurzen Auszug aus 60 Krankengeschichten, die Deviationen, Spinen, Synechien, Faltenbildungen, Nasen- und Nasenrachentumoren, Hydrorrhoea nasi, Affectionen der äusseren Nase (Electrolyse zu kosmetischen Zwecken) und genuine Ozaenen umfassen. Im allgemeinen sprechen Verf.'s Erfahrungen zu Gunsten der Electrolyse. Bei vielen der oben genannten Krankheitsgruppen waren die Behandlungsresultate sogar hervorragend gute. Nur bei der Ozaena leistete die Electrolyse nicht sehr viel. „Die Kupfer-Electrolyse ist kein Specificum in der Bekämpfung der Ozaena", schliesst Verf., „doch scheint sie neben den regelmässigen Nasendouchen einen entschieden günstigen Einfluss auszuüben". Aus den breiteren Ausführungen, die Verf. dem Capitel der Ozaena widmet, sei hervorgehoben, dass er zu der Frage der Aetiologie keine bestimmte Stellung nimmt: ferner, dass er einen beweisenden Fall dafür anführt, dass bereits das frische unzersetzte und nicht eingetrocknete Secret der Schleimhaut den specifisch-ozaenösen Gestank besitzt.

F. KLEMPERER.

48) **Rivière. Nasenschleimhaut als Heilmittel. (Nasal mucous membrane as a remedy.)** *N. Y. Med. Journal. 30. October 1897.*

Das Präparat ist von Dr. Jacquet auf folgende Weise dargestellt: die Schleimhaut der mittleren und unteren Nasenmuscheln vom Schafe werden 24 Stunden in einer 4proc. wässrigen Resorcinlösung bei 65° C macerirt; dann wird filtrirt und das Filtrat noch einmal 24 Stunden auf 65° erwärmt. Mit diesem Präparate hat R. Erfolge erzielt, die, wie er sagt, den mit anderen Mitteln erzielten in nichts nachstehen, bei Fällen von Perforation des Septum, Rhinitis sicca und alter syphilitischer Erkrankung der Nase. Ein Fall von schwerer Ozaena, der allen anderen Behandlungsmethoden einschliesslich der Electrolyse getrotzt hatte, wurde durch das Schleimhautextract schnell und erheblich gebessert.

LEFFERTS.

49) **H. W. Loeb. Mundathmung verursacht durch adenoide Wucherungen und ihre Heilung. (Mouth breathing caused by adenoids and its relief.)** *Medical Review. 9. Januar 1897.*

L. chloroformirt die Kinder und operirt mit dem Gottstein'schen Ringmesser und dem Finger. Er verlangt eine staatliche Controle aller Schulkinder mit Rücksicht auf die Häufigkeit dieses Leidens und seine Bedeutung für die Entwicklung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

50) **J. H. Duncan. Nasenverstopfung durch Adenoide. (Nasal obstruction due to adenoids.)** *Pittsburgh Med. Review. April 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

51) **J. Sendziak. Beitrag zur Behandlung der Taubstummheit durch Operation der adenoiden Vegetationen. (Contribution to the treatment of deaf-mutism by operation for adenoid vegetations.)** *The Laryngoscope. April 1897.*

Verf. macht auf die Häufigkeit der Adenoiden bei Taubstummen aufmerksam. Er selbst hat bei zwei Kindern mit angeborener Stummheit im Alter von 4 und 5 Jahren die Operation der Adenoiden vorgenommen und sehr bald nachher entwickelte sich das Gehör.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

52) **J. W. Gleitsmann. Einfluss von adenoiden Vegetationen auf das Wachsthum und die Configuration des Oberkiefers und der Nasenscheidewand. (Influence of adenoid vegetations on the growth and configuration of the upper maxilla and the nasal septum.)** *New York Polyclinic. 15. Juli 1897.*

Die Adenoiden spielen eine grosse Rolle bei der Entstehung der Septumdeviationen; deshalb soll man sie schon in der frühen Kindheit beseitigen, um die üblen Folgen zu vermeiden.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

53) **J. A. Bottone. Die Adenoidwucherungen im Nasenrachenraum. Zur weiteren Verbreitung der Kenntniss dieses Leidens. (Adenoids in the nasopharynx. A plea for their more general recognition.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1897.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

54) **E. O. Sisson. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1897. The Laryngoscope. Juni 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

55) **Paul Gallois** (Paris). **Nephritis und Endocarditis bei Personen mit adenoiden Wucherungen. (Nephrites et endocardites chez les adénoïdiens.)** *Bull. medical. 26. September 1897.*

In einem früheren Aufsatz (Bullet. méd. 7. Februar 1897), der den Titel hat: „Was ist aus den Scropheln geworden?“, hat Verf. den überraschenden Satz aufgestellt, dass die Scropheln von früher nichts anderes waren, als was wir heute als Adenoide bezeichnen. Von der für den Rhinologen ziemlich befremdlichen Anschauung ausgehend, dass gewöhnlich Halsdrüsenschwellungen bei Adenoiden vorhanden sind, nahm Verf. an, dass die Tuberkelbacillen vom Cavum pharyngeum ausgehend die erste lymphatische Etappe, welche die Lymphdrüsen des Halses repräsentiren, überschreiten und sich über den gesammten Organismus verbreiten, wo sie in den verschiedenen Geweben und Organen die früher als tertiäre Erscheinungen der Scrophulose bezeichneten Processe verursachen.

Alles dies könnte wahr sein, wenn es nicht klinische Thatsache wäre, dass die Halsdrüsenschwellungen, das unbestreitbare Stigma der Scrophulose, als Complication der Adenoiden nur ganz ausnahmsweise vorkommen.

Ohne Zweifel weil er die Bedeutung dieses Einwandes selbst empfunden hat, erklärt Verf. in der vorliegenden Arbeit, dass er das Wort Adenoide in dem

weitesten Sinne genommen habe, und dass manche seiner Patienten gar nicht adenoide Vegetationen, sondern nur eine Pharyngitis oder Rhinitis hatten.

In dieser Weise modificirt wird G.'s These sicherlich weit annehmbarer. Es wird Niemand verkennen, dass die früher als „scrophulös" bezeichneten Erscheinungen oft von tuberculösen Vorgängen im Rachen oder in der Nase ihren Ausgang nehmen. Aber dann handelt es sich eben gar nicht mehr um adenoide Vegetationen, d. h. um die einfache Hypertrophie des lymphoiden Gewebes im Rachen und die ganze Hypothese hat ihre Orginalität eingebüsst.

Heute fügt G. seiner ersten eine zweite, nicht weniger originelle Behauptung hinzu. Er erklärt, dass die adenoiden Geschwülste den Ausgangspunkt anderer entfernter Infectionen bilden können und dass gewisse Endocarditiden und gewisse Nephritiden, die man als „primär" bezeichnet, auf diese Weise ihren Ursprung nehmen.

Bei 5 Nephritikern im Alter von 5—20 Jahren, d. i. wie er sagt „in der adenoiden Periode des Lebens", beobachtete Verf. jedesmal eine vorhergehende Eiterung im Rachen oder in der Nase.

Bei Endocarditiden war Verf. „weniger glücklich"; er sah seine Hypothese nur in 4 Fällen bestätigt.

Dass viscerale Infectionen bei jungen Leuten von einem Process in Nasopharynx ausgehen können, ist gewiss nicht zu leugnen. Aber deshalb ist für die Tuberculose doch nicht die adenoide Geschwulst die Infectionsquelle, sondern vielmehr das Vorhandensein von infectiösen Secreten in dem Rachen, sei derselbe adenoid oder nicht. Die mehr oder weniger infectiösen schleimig-eitrigen Secrete des Nasopharynx nennt Verf. ganz mit Recht „eine Reserve von Microben, die stets bereit sind, den Organismus zu inficiren". PAUL RAUGÉ.

56) **Arrowsmith. Ueber das Vorkommen adenoider Wucherungen im Nasopharynx. (On the occurrence of nasopharyngeal adenoids.)** *Medical News. 9. October 1897.*

Unter 2000 poliklinischen Patienten kamen Adenoide 701 mal vor. Nirgends lag ein Verdacht auf Tuberculose vor und 12 Fälle, die nach einander, ohne besondere Auswahl, daraufhin genau histologisch und bakteriologisch untersucht wurden, ergaben ein absolut negatives Resultat. Von 255 Operationen wurden 204 unter Narkose gemacht. Verf. empfiehlt diese sehr, besonders für jugendliche Patienten. Der nervöse Shock ist geringer, man spart Zeit und vor allem, man kann ruhiger und gründlicher operiren, als ohne Narkose. LEFFERTS.

57) **Jousset. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum beim Säugling. (Végétations adenoides du pharynx nasal chez le nourisson.)** *Echo méd. du Nord. 17. October 1897.*

Nichts Neues. A. CARTAZ.

58) **G. Abeles** (Wien). **Ueber Hyperplasie der Rachenmandel und adenoide Vegetationen.** *Aerztl. Centralanzeiger. No. 27—30. 1897.*

In Punkten zusammengefasst, sagt Verf.:

1. Die Hyperplasie der Rachentonsille und die lymphoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes bestehen in excessiver Anhäufung lymphoiden oder adenoiden Gewebes, hauptsächlich auf der oberen und hinteren Rachenwand. Die verschiedene Bezeichnung dieses Krankheitszustandes richtet sich vorzugsweise nach der Anordnung und Gruppirung der einzelnen Theile der adenoiden Massen.

2. Die aden. Wucherungen veranlassen eine Behinderung der Nasenathmung mit ihren unmittelbaren und entfernteren Folgen. Im Kindes- und ersten Jugendalter überwiegen die Symptome der insufficienten Nasenathmung.

3. Eine Abnahme mancher im Gefolge der aden. Vegetationen auftretenden Beschwerden tritt spontan nach der Pubertät ein; eine vollständige Beseitigung ist nur durch eine erfolgreiche Operation möglich.

4. Die typische Operation wird mit dem Gottstein'schen Ringmesser vorgenommen. Diese Operation kann aber nur ein geübter Operateur ausführen.

5. Die Prognose ist günstig. Also nichts Neues.

CHIARI.

59) **J. E. Hopkins. Adenoide Wucherungen und hypertrophische Tonsillen bei Kindern. (Adenoids and hypertrophied tonsils in children.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1897.*

Der ausführliche Artikel H.'s enthält nichts Neues, wie der folgende Schlusssatz beweist: „Nach allem dürfen wir wohl als sicher annehmen, dass wir in der operativen Beseitigung der Adenoiden und der Tonsillen ein sicheres und promptes Mittel zur Besserung eines störenden und selbst gefährlichen Zustandes haben und dass dieses Mittel in jedem Falle in Anwendung gezogen werden muss, in dem die Hypertrophie ausreichend ist, um überhaupt Symptome zu machen". Diesem Satz können wir leicht und gern zustimmen; ist er doch seit langem und allgemein anerkannt.

LEFFERTS.

60) **Leriche. Behandlung der adenoiden Vegetationen durch die Cur in Eaux Bonnes. (Traitement des végétations adenoides pharyngonasales par la cure des Eaux Bonnes.)** *Gaz. des Eaux. 10. Juni 1897.*

Verf. empfiehlt Douchen und Irrigationen mit der Schwefelquelle und gleichzeitig deren inneren Gebrauch. Diese Badebehandlung soll auf die adenoiden Wucherungen von günstigem Einfluss sein.

A. CARTAZ.

61) **Cuvillier. Die Behandlung der Adenoiden im ersten Lebensjahre. (Treatment of adenoids during the first year of life.)** *N. Y. Med. News. 25. December 1897.*

Verf. empfiehlt bei adenoiden Vegetationen im ersten Lebensjahre erst eine medicamentöse Behandlung zu versuchen, ehe man operirt. Salben und Einpulverungen sind weniger wirksam, als die Instillation von ein paar Tropfen Mentholöl (1:60) oder Resorcinöl (1:25 bis 1:50) in die Nasenhöhle bei zurückgebeugtem Kopf. Man führe 3stdlch. 4 oder 5 Tropfen in die Nase ein. Auch Wattetampons, die mit Borglycerinlösung gesättigt sind, werden zur Beschränkung der Secretion in die Nasenlöcher eingeführt. Hilft diese Behandlung nicht, dann soll man

operiren. Die Operation selbst ist übrigens in diesem zarten Alter nicht ernsthafter als sonst. Narcotica sind nicht erforderlich. Man operire rasch mit einer den Verhältnissen entsprechend kleinen Zange. Mehr wie einen oder zwei Griffe mit der Zange mache man in einer Sitzung nicht; besser ist es, nach einiger Zeit den Eingriff noch ein- oder zweimal zu wiederholen. [? Red.] LEFFERTS.

62) **J. J. Concanon. Ueber retronasale Adenoidgeschwülste; ihre Entfernung ohne Anästhesie und ein neues Instrument zur wirksameren und schnellen Operation. (On retronasal adenoids; their removal without anaesthesia and a new instrument for more effective and rapid operation.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Juni 1897.*

C. beschreibt sein Instrument und seine Operationsmethoden. Die Entfernung der Adenoiden ist fast ausnahmslos ohne Narkose und in einer Sitzung möglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **A. H. Edwards. Adenoide Vegetationen der Nase und des Rachens und ihre Behandlung. (Adenoid vegetations of the nose and pharynx and their treatment.)** *Am. Practitioner and News. 27. November 1897.*

Der Verf. entfernt die Adenoiden mit dem Galvanokauter. Er legt die Schlinge an, bringt sie zum Glühen und lässt sie, nachdem die Vegetationen abgebrannt sind, am Platze erkalten. Dann erst zieht er das Instrument heraus. Schmerz und Blutung werden bei diesem Vorgehen vermieden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **Schmiegelow. Tödtliche Blutung bei der Operation adenoider Vegetationen. (Fatal hemorrhage from the removal of adenoid vegetations.)** *N. Y. Medical Journal. 25. September 1897.*

65) **Schmiegelow. Exstirpation adenoider Vegetationen mit letalem Ausgang. (Adenoids removed with a fatal result.)** *Medical News. 16. October 1897.*

Sch. berichtet über einen Fall, der einem Collegen passirt ist. Einem 12jährigen Knaben werden die Adenoiden mit dem Gottstein'schen Ringmesser ohne Narcose ausgekratzt. Als der Operateur an der rechten Wand des Nasopharynx herumschabt, bricht plötzlich ein Blutstrom hervor und der Patient stirbt in ein paar Minuten. Bei der Section findet man die Carotis interna angerissen. LEFFERTS.

66) **E. Schmiegelow. Ein Fall von primärer tödtlicher Blutung nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen mit dem Gottstein'schen Ringmesser.** *Therap. Wochenschr. Beilage zu No. 42. 1897.*

Die Blutung entstand in Folge einer Laesion der vielleicht durch Drüsentumoren dislocirten Carotis interna. CHIARI.

67) **L. C. Kline. Die Entfernung der Adenoiden aus dem Rachengewölbe. (The removal of adenoids from the vault of pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 23. October 1897.*

Vortrag gehalten in der Mississippi Valley Med. Association. Verf. bespricht die

Frage der Narcose. In der Mehrzahl der Fälle kommt man mit Cocain aus. Verf. zieht eine allmähliche Operation der in einer Sitzung vollendeten Exstirpation vor; die letztere ist gefährlicher in Hinsicht auf die Otitis und die Blutung. Bei Fällen tuberculöser Natur empfiehlt Verf. die Application von Ichthyol.

LEFFERTS.

68) **H. Gaudier. Betrachtungen über 157 in der Zeit vom October 1896 bis September 1897 operirte Fälle von adenoiden Vegetationen. (Quelques reflexions à propos de 157 cas de végétations adenoides opérés d'octobre 1896 à septembre 1897.)** *Echo Médical du Nord. 28. November 1897.*

Nichts Neues.

A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

69) **R. Matas. Ein arterieller Varix der Unterlippe aus der Coronararterie gebildet; Exstirpation unter Cocain. (Arterial varix of lower lip, involving the coronary arteries; exstirpation under cocaine.)** *N. Y. Med. News. 14. August 1897.*

Der Patient war Cornetbläser; das Leiden war wohl durch den Beruf verursacht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **B. Foster. Fälle von extragenitalem Schanker. (Report of cases of extragenital chancre.)** *Northwestern Lancet. 15. October 1897.*

Unter anderen Fällen erwähnt Verf. einen Fall von:

Schanker der Lippe bei einem 19jährigen Mädchen, die jeden sexuellen Verkehr in Abrede stellte;

Schanker der Zunge bei einer Wittwe, die mit einem Mann verlobt war, welcher Plaques muqueuses im Munde hatte;

Schanker des Zahnfleisches bei einer 18jährigen Person, die durch die Instrumente des Zahnarztes inficirt war;

Schanker der Tonsille bei einer 27jährigen Frau, bei der der Infectionsmodus nicht zu eruiren war.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

71) **R.** und **J. Winslow. Ein sphärisches Zahnbeinosteom des Oberkiefers. Obliteration der Kieferhöhle und Verschluss der Nase. Dakryocystitis. (A spherical ivory osteoma of the superior maxilla. Obliteration of the antrum and nasal occlusion. Dacryocystitis.)** *Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases. Juli 1897.*

Der Fall hat mehr chirurgisches, als laryngologisches Interesse. Die Abtragung einer festen Geschwulstmasse von der linken Gesichtsseite brachte Heilung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

72) **Gaudier** (Lille). **Syphilitischer Sequester des Oberkiefers. (Sequestre syphilitique de la machoire supérieure.)** *Soc. anatom. de Paris. 22. Oct. 1897.*

Bei einem Mädchen von 8 Jahren, bei dem hereditär-syyphilitische Processe

am Gaumen eine eitrige foetide Rhinitis verursacht hatten, entfernte Verf. einen umfangreichen Sequester nach der Methode von Roux (Lausanne). Der Fall endigte in Heilung.

PAUL RAUGÉ.

73) **Marchandé** (Paris). **Halsdrüsenschwellung mit Ursprung in den Zähnen. (De l'adénite cervicale d'origine dentaire.)** *Journ. des Pratic. 29. Mai 1897.*

Bei jeder Halsdrüsenschwellung, für die eine Erklärung durch den Allgemeinzustand oder durch äussere Erkrankung nicht gegeben ist, muss man an den Ursprung in den Zähnen denken. Auch anscheinend gesunde Zähne können Entzündung entfernter Drüsen verschulden. Die Affectionen der oberen Molarzähne bringen die Parotisdrüsen, die unteren Molarzähne die submaxillären Drüsen zur Schwellung, der untere Weisheitszahn inficirt die entferntesten Halsdrüsen, selbst die claviculären und thoracalen Drüsen.

PAUL RAUGÉ.

74) **Embden. Zur Kenntniss der Erkrankungen der Speicheldrüsen.** *Münchner med. Wochenschr. No. 51. 1897.*

Zusammenfassender Vortrag, mit besonderer Berücksichtigung der Sialodochitis fibrinosa, von der Embden einen weiteren Fall beobachtete. Wahrscheinlich ist das Leiden entzündlicher Natur.

SCHECH.

75) **Embden. Syringomyelie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1897.*

Demonstration eines Falles in dem ärztlichen Vereine zu Hamburg, bei dem Secretionsanomalie der Speicheldrüse vorhanden war.

SCHECH.

76) **J. B. Keber. Zwei interessante Krankengeschichten. (Two interesting cases.)** *The Laryngoskope. Mai 1897.*

Fall 1 ist eine 3 fache spezifische Infection; ein 21jähriger Mann kam mit indurirtem Schanker an der Oberlippe, der linken Wange und am Penis.

Fall 2 Initialsklerose an der Zunge bei einem Manne, der sich beim Gebrauch eines Messers als Zahnstocher die Zungenspitze verletzte.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

77) **Sabrazès** und **Bousquet** (Bordeaux). **Acute Macroglossie durch Streptococcen. (Macroglossie aigue streptococcique.)** *Soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. 26. April 1897.*

39jährige Primipara bekam mit anderen puerperalen Erscheinungen eine enorme entzündliche Anschwellung der Zunge. Die Entzündung verbreitete sich nach hinten zum Halse und die Pat. starb.

Die mikroskopische Untersuchung der Zunge ergab eine Rundzelleninfiltration und fettige Degeneration der Muskelfasern. Man sah zwischen diesen kurze Ketten von Streptokokken. Die acute Glossitis profunda ist also kein blosses Oedem, sondern eine echte hypertrophische Entzündung.

PAUL RAUGÉ.

78) **Gerhardi. Ein Fall von Makroglossie.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 44. 1897.*

Fall bei einem Mädchen, angeborener Natur. Zunge sehr hart und derb. Operation auf später verschoben.

SCHECH.

79) **Lecocq. Schwarze Zunge. (Langue noire.)** *Société anatomo-clinique de Lille. 10. März 1897.*

Aus Anlass von 2 Fällen von schwarzer Zunge, die Verf. beobachtet hat, giebt er eine Geschichte und Beschreibung dieses von Roger 1835 zuerst beschriebenen Leidens. Dasselbe besteht in der Bildung übermässiger Villositäten, in deren Mitte man verschiedene Microorganismen trifft. Die Behandlung ist eine chirurgische; die Wucherungen werden abgeschabt.

PAUL RAUGÉ.

80) **P. Melchior Robert** (Marseille). **Ein neuer Fall von schwarzer Zunge. (Observation nouvelle de langue noire.)** *Marseille méd. 18. December 1897.*

Es handelt sich um einen Mann, der starker Cigarettenraucher war. Derselbe hat auf dem Zungenrücken die haarähnlichen Bildungen, die unter dem Namen der schwarzen Zunge beschrieben sind. Verf. giebt eine genauere Beschreibung seines Falles. Die Länge der Fäden ist 5 mm — 1 cm, ihre Farbe braun; ihre Festigkeit ist ziemlich gross, doch kann man sie mit dem Fingernagel oder der Curette ablösen. Die functionellen Symptome sind unbedeutend: ein Kitzeln und Genirtsein hinten am Halse, geringe Herabsetzung des Geschmacks.

Die Pathogenese der schwarzen Zunge ist nicht sichergestellt. Zwei Hypothesen sind aufgestellt. Es handelt sich um

1. Eine Störung in der Keratinisation der Epithelzellen der Papillae filiformes; infolge einer übermässigen Bildung von Eleidin sind diese Zellen cohaerenter unter einander und adhaerenter an den Papillen geworden.

2. Die Existenz eines spezifischen Parasiten. Ciaglinski und Hewelke, später Sendziak behaupten, dass die schwarzen Pseudohaare einzig aus den Mycelfäden eines Pilzes gebildet sind, der mit dem Rhizopus nigricans von Ehrenberg identisch zu sein scheint. Dieser wächst auf verdorbenem Brod und auf Früchten; er könnte leicht mit der Nahrung auf die Zunge gerathen und dort zurückgehalten werden.

PAUL RAUGÉ.

81) **Vallas** (Lyon). **Totale Amputation der Zunge durch die Pharyngotomia transhyoidea. (Amputation totale de la langue par la voie transhyoidienne.)** *Soc. des Scienc. méd. de Lyon. Mai 1897.*

Es handelte sich um ein Epitheliom der Zunge, das nach hinten das V der Papillae circumvallatae überschritt. Verf. führte die Zungenamputation nach der von ihm schon mehrfach beschriebenen Methode aus.

Verf. weist die Ueberlegenheit seiner Methode über die Osteotomie des Unterkiefers nach.

PAUL RAUGÉ.

82) **Vallas** (Lyon). **Mediane Osteotomie des Zungenbeins. (Ostéotomie médiane de l'os hyoide.)** *Société de Chirurgie. 17. Juni 1897.*

Verf. bespricht die Vortheile dieser Operation, die er vor $1^1/_2$ Jahren zuerst empfohlen und seither mehrfach ausgeführt hat, dieselbe ist leicht zu machen und dem Längsschnitt überlegen; sie schafft leicht und ergiebig Zugang zur Rachenhöhle.

Die Operation ist indicirt: bei Fremdkörpern im Rachen, bei Tumoren der

Epiglottis und der Zunge, bei Stenosen des Rachens. Auch für die Totalexstirpation der Zunge ist diese Operationsmethode die geeignetste. Man unterbindet die Lingualarterien und entfernt im Vorgehen die Halsdrüsen. Die praeventive Tracheotomie und der Gebrauch der Tamponcanüle ist nur bei der Exstirpation von Epiglottistumoren, die im Allgemeinen stark bluten, erforderlich.

Die Operation, die sich als Pharyngotomia transhyoidea darstellt, ist weniger schwer, als die mediane Osteotomie des Kiefers. Ihr einziger Nachtheil ist die Verengerung des Arcus hyoideus, die durch die Annäherung der Zungenbeinhörner bedingt ist.

PAUL RAUGÉ.

83) **A. N. Blodgett. Völlige Zerstörung des weichen Gaumens und des Velum durch Syphilis. (Entire destruction of the soft palate and velum by syphilis.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 5. August 1897.*

14jähriger Knabe, von gesunden Eltern, selbst niemals krank gewesen, vor 3 Jahren in der Schule geimpft; seit dieser Zeit datiren die verschiedenen Störungen, die schliesslich zu dem oben genannten Zustand führten.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

84) **Good. Zwei Fälle von Papillom des Gaumensegels. (Deux cas de papillomes du voile du palais.)** *Bulletin et mem. d. l. Soc. franç. de laryngologie. Paris. 1897.*

Die Tumoren sassen einmal am freien Rand des Gaumensegels, einmal am Zäpfchen; sie wurden mit der Schlinge abgetragen.

E. J. MOURE.

85) **Berger** (Paris). **Gemischte Tumoren des Gaumensegels. (Tumeurs mixtes du voile du palais.)** *Revue de Chirurgie. 10. Juli 1897.*

Die Geschwülste gehen vom Drüsengewebe aus und sind von einer Bindegewebskapsel umgeben, die sie von den benachbarten Geweben trennt. Die setzen sich zusammen aus:

1. epithelialen Elementen, die bald an Adenome, bald an Epitheliome erinnern; und

2. einer Bindegewebsschicht, die meistens der Anordnung des Bindegewebes in der Schleimhaut oder im Knorpel entspricht. Diese Geschwülste sind durchaus gutartig und machen keine anderen Störungen als die mechanischen, durch ihr Wachsthum bedingten. Locale Recidive sind stets auf unvollständige Entfernung zurückzuführen.

PAUL RAUGÉ.

86) **Garel. Die intermittirende Parese des Gaumensegels bei Neurasthenie. (De la paresie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie.)** *Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 33. 14. August 1897.*

Verf. hat 3 Fälle dieser Art beobachtet, alle 3 bei nervösen Frauen. Die Parese dauerte nur einige Minuten; sie trat aus Anlass eines erregten Wortstreites, in einem anderen Falle nach Influenza auf. Garel hält die Störung nicht für hysterisch; die Symptome der Hysterie seien weder so beweglich, noch so flüchtig. Die Faradisation brachte bei den 3 Kranken keine Besserung.

E. J. MOURE.

87) **Raugé. Traumatische Lähmung des Gaumensegels. (Paralysie traumatique du voile du palais)** *Bull. et mem. de la Soc. franç. de laryngol. Paris 1897.*

Vorstellung eines Mannes, der von einer Höhe von 3 Metern herabgestürzt ist und sofort nach seinem Sturze eine absolute Lähmung und Anaesthesie des Gaumensegels zeigte, die auch jetzt noch fortbestehen. R. vermuthet eine bulbäre Blutung in der Nachbarschaft der vorderen Hörner oder aber eine dissociirte Facialisstörung im Felsenbein, vielleicht eine Laesion der intermediären Wrisberg-schen Nerven.

E. J. MOURE.

88) **H. Barbier** (Paris). **Ein schiffchenförmiger Bacillus bei Anginen. (Le „bacille en navette" des angines.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 26. November 1897.*

Verf. fand bei verschiedenen Arten von Anginen, bei membranösen und einfach entzündlichen, einen kurzen Bacillus, der von der kurzen Form des Diphtheriebacillus durch seine Gestalt und die Cultur sich unschwer unterscheiden lässt. Derselbe ist ungiftig. Er kommt nie allein, sondern stets neben anderen Bakterien vor. Die Anginen, bei denen neben ihm nicht auch Löffler'sche Bacillen vorhanden sind, reagiren nicht auf das Heilserum.

PAUL RAUGÉ.

89) **J. Gasser. Pathogenese der Angina Ludovici. (Pathogénie de l'angine de Ludwig.)** *Archives de Medecine et de Pharmacie militaire. Mai 1897.*

Die Eintrittspforte für die Infection ist gewöhnlich im Bereich des Zahnfleisches zu suchen (Zahncaries, Entwicklung des Weisheitszahnes).

Von dort dringt der Streptococcus oder Colibacillus in das Bindegewebe des Mundbodens ein und vergiftet den Organismus mit seinen Toxinen. Der Kranke erliegt der Intoxication, die in keinem Verhältniss steht zu dem bisweilen recht geringen Umfang des Abscesses.

PAUL RAUGÉ.

90) **J. L. Goodale. Ueber die Absorption von Fremdkörpern durch die Gaumentonsillen des Menschen mit Bezug auf die Entstehung von infectiösen Processen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Verf. brachte Carmin in die Crypten menschlicher Tonsillen, welche wegen Hypertrophie entfernt werden sollten, und nahm dann die Excision nach verschieden langer Zeit (20 Min. bis 10 Tage) vor. Das Resultat seiner in 12 Fällen vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen fasst Verf. in folgende Sätze zusammen:

1. Aufsaugung ist normaler Weise in den Tonsillen vorhanden und findet durch die Schleimhaut der Lacunen statt.

2. Der Weg der aufgesaugten Stoffe in der Tonsille führt durch die folliculären Lymphräume in der Richtung der grösseren Bindegewebszüge.

3. Während des Aufsaugungsvorgangs unterliegen die Fremdkörper der phagocytischen Thätigkeit der vielkernigen Neutrophilen, die in und neben der Schleimhaut liegen.

4. Bakterien sind normaler Weise in den Lacunen vorhanden, aber wenigstens für gewöhnlich im Tonsillargewebe nicht nachweisbar.

Verf. hält es für wahrscheinlich, dass die Gewebsentzündung durch die

Aufsaugung der von den Bakterien in den Lacunen producirten Toxine zu Stande kommt.

F. KLEMPERER.

91) **Joseph S. Gibb. Folliculäre Tonsillitis. (Follicular tonsillitis.)** *Codex Medicus. April 1897.*

Verf. legt besonderes Gewicht auf die Häufigkeit, mit der die adenoide Gewebsmasse an der Zungenbasis bei den Mandelentzündungen mit afficirt ist.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

92) **F. W. Fabricius. Mandelentzündung — Tic douloureux mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Behandlung. (Tonsillitis — Tic douloureux with reference to clinical treatment.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 24. Sept. 1897.*

F. rühmt die guten Resultate, die er durch prompte Darreichung von Natrium salicylicum 0,9 und Natr. bicarbonicum 1,2 dreistündlich erzielt hat.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

93) **H. P. Stebbings. Folliculäre oder lacunäre Mandelentzündung und ihre Behandlung. (Follicular or lacunar tonsillitis and its treatment.)** *North Amer. Practitioner. Juni 1897.*

Nichts Neues.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

94) **M. P. Creel. Phlegmonöse Tonsillitis. (Phlegmonous tonsillitis.)** *Med. Progress. December 1897.*

Krankengeschichte eines Falles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

95) **A. Gordon Bermúdez** (Habana). **Salol als örtliches Heilmittel bei der Amygdalitis ulcerosa. (El salol como tópico en las amigdalitis ulcerosas.)** *Revista de Medic. y Cirug. de la Habana. No. 69. 1897.*

Verf. rühmt die antiseptischen Eigenschaften des Salol, welches er in 50 Fällen von ulceröser Amygdalitis mit sehr gutem Resultate angewendet hat.

R. BOTEY.

96) **J. G. Davis. Praktische Winke über die Behandlung der Tonsillitis. (Practical hints on the treatment of tonsillitis.)** *New York Polyclinic. 15. September 1897.*

D. pinselt die Mandeln mit 10 % Methylenblau und giebt 0,3—0,6 g Salipyrin 3stündlich. Bei hoher Temperatur wird die Blaupinselung nach 10 Stunden wiederholt.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

97) **Stevens. Mandelentzündung. (Amygdalitis.)** *N. Y. Med. Record. 18. December 1897.*

Rep. Natrii benzoic. 4—16,0
Glycerin
Elix. Calisayae ana 30,0
M. D. S. 1- oder 2stdlch. ein Theelöffel voll.

LEFFERTS.



98) **Hal Foster. Bericht über einen Fall von Schanker der Mandel. (Report of a case of chancre of the tonsil.)** *Kansas City Med. Record. September 1897.*

24jähriger junger Mann, der sich die Affection durch Küssen zugezogen haben soll.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

99) **Danlos. Schankerartige Processe an der Mandel. (Lesions chancriformes de l'amygdale.)** *Soc. franç. de dermat. et de syphil. 9. December 1897.*

Der Fall bietet diagnostisch grosse Schwierigkeiten. Eine seit 3 Wochen bestehende Ulceration der rechten Mandel hat das Aussehen eines Schankers, doch bestand nie eine Induration und eine leichte Schwellung der Halsdrüsen, die vorübergehend vorhanden war, ist von selbst und ganz verschwunden.

Morel Lavallée hat einen ähnlichen Fall von Pseudoschanker der Mandel mit Drüsenschwellung gesehen. Doch liess sich in diesem Falle feststellen, dass der Kranke 2 Jahre vorher Lues gehabt hatte.

PAUL RAUGÉ.

100) **J. E. Logan. Vergrösserte Tonsillen. (Enlarged tonsils.)** *Kansas City Med. Index. September 1897.*

Nur ausnahmsweise operirt L. bei Kindern unter 8 Jahren. Er erklärt, dass wenn man 2 oder 3 verticale und ebensoviele horizontale Furchen mit dem galvanokaustischen Messer über die Tonsille zieht, dass dann die Ernährung der Drüsen so gestört wird, dass eine Reduction und Atrophie derselben zu Stande kommt. Gewöhnlich genügt eine Aetzung mit dem Galvanokauter, selten sind 2 oder gar 3 erforderlich.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

101) **Permewan. Chloroform bei der Tonsillotomie. (Chloroform in removal of tonsils.)** *Lancet. 25. December 1897.*

Bei der Besprechung der Frage in der Liverpool Medical Institution erklärt sich Verf. dafür, dass man kein Narcoticum brauchen sollte, wenn aber eines, dann Stickoxyd.

ADOLPH BRONNER.

102) **J. S. Gibb. Excision der Mandeln mittelst der galvanokaustischen Schlinge. (Excision of the tonsils by means of the galvano-cautery snare.)** *The Laryngoscope. Juli 1897.*

Verf. benutzt das von Gradle (Chicago) beschriebene Instrument.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

103) **S. G. Dabney. Chirurgie der Schlundtonsillen. (Surgery of the faucial tonsils.)** *Am. Practitioner and News. 13. November 1897.*

Nichts von speciellerem Interesse.

V. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **Chas. Mc Burney. Ein Fall von Carcinom der Tonsille. (A case of carcinoma of the tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 18. December 1897.*

Grosser Tumor der Tonsille, fest anzufühlen, mit leicht blutender ulcerirter Oberfläche. Die Schlundbögen, ein Stück vom weichen Gaumen und vom Zungenrande sind infiltrirt, desgleichen die Weichtheile an der Innenfläche des linken

Kieferwinkels. Der Kieferknochen selbst ist frei. Die mikroskopische Untersuchung erweist den carcinomatösen Character der Geschwulst. Operation im Juli 1897. Vier Tage Ernährung per rectum, dann 6 Tage lang Einführung des Magenschlauchs. Vom 11. Tage ab kann der Pat. wieder schlucken; er erholt sich schnell; die Wunde heilt glatt und gut. Der Gebrauch des Kiefers ist unbehindert, Pat. kaut und schluckt ohne Beschwerden.

LEFFERTS.

105) **W. Lindt** jun. (Bern). **Die directe Besichtigung und Behandlung der Gegend der Tonsilla pharyngea und der Plica salpingo-pharyngea in ihrem obersten Theil.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

L. zieht mit einem von ihm construirten Haken, von dem er eine Beschreibung und Abbildung giebt, nach vorheriger Cocainisirung (mit 5 % Lösung) das Zäpfchen und Velum kräftig nach vorn und und oben, während der etwas höher gesetzte Patient den Kopf nach hinten beugt. Man sieht bis fast an den oberen resp. vorderen Rand der Tonsilla tertia. Zieht man das Gaumensegel nach rechts oder links, so bekommt man noch den vorderen oberen Theil der Rosenmüller'schen Grube zu Gesicht.

F. KLEMPERER.

d. Diphtheritis und Croup.

106) **Kohos. Verlangsamte Entwicklung des Diphtheriebacillus. (Dévéloppement retardé du bacille diphthérique.)** *Société de Biologie. 29. Mai 1897.*

Gewöhnlich erscheinen die Colonien des Diphtheriebacillus in den Culturen nach 18 bis 20 Stunden. Es giebt aber Fälle, in denen die Entwicklung viel langsamer vor sich geht und man 4 bis 5 Tage warten muss, ehe man bakteriologisch eine Diagnose stellen kann.

PAUL RAUGÉ.

107) **C. H. H. Spronck. Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie und die Schwierigkeiten, die der Pseudodiphtheriebacillus verursacht. (Le diagnostic bactériologique de la diphthérie et les difficultés causées par les bacilles pseudodiphthériques.)** *Semaine Medicale. 29. September 1897.*

Die bakteriologische Diagnostik der Diphtherie ist von grosser Bedeutung, noch ist es gegenwärtig sehr schwierig, den Diphtheriebacillus von den ungiftigen oder weniger giftigen Keimen, die man unter dem Namen der Pseudodiphtheriebacillen zusammenfasst, scharf zu trennen.

Die morphologischen und culturellen Eigenschaften reichen zur differentiellen Diagnostik nicht aus, ebensowenig der kürzlich von De Martini angegebene Umstand, dass der Diphtheriebacillus im Serum des immunisirten Pferdes nicht fortkommen soll. Die Impfung auf das Thier ist also in jedem Falle unerlässlich. Wenn eine Injection von 2 ccm frischer Bouilloncultur ein Meerschweinchen von 500 g nicht tödtet, aber ein mehr oder weniger erhebliches Oedem verursacht, dann handelt es sich in der übergrossen Mehrzahl der Fälle um einen Pseudodiphtheriebacillus und dieser stellt keine Umbildung oder Abschwächung des Diphtheriebacillus, sondern eine absolut unabhängige Art für sich dar. Jeden



Zweifel ausschliessend ist die Impfung der zweifelhaften Cultur auf ein vorher mit Diphtherieheilserum vaccinirtes Meerschweinchen, ein Verfahren, das Verf. schon früher (Sem. Med. 1896 p. 317) angegeben hat. Der Loeffler'sche Bacill bringt bei dem immunisirten Thiere kein Oedem hervor.

Durch seine Untersuchungen gewann Verf. die Ueberzeugung, dass die Diphtherie mit den unvirulenten Bacillen, die man normaler Weise im Munde antrifft, gar nichts zu thun hat, dass diese Saprophyten mehreren Arten angehören, die von dem virulenten Loefflerbacillus vollständig verschieden sind, und dass sich auch im Experiment ihre Virulenz auf keine Weise steigern lässt. PAUL RAUGÉ.

108) **Mouravieff. Der Einfluss des Diphtheriegiftes auf das Nervensystem bei Meerschweinchen. (De l'influence de la toxine diphthérique sur le système nerveux des cobayes.)** *Archives de Méd. expériment. November 1897.*

M. injicirte Meerschweinchen 5 cg eines Diphtherievirus, das die Thiere in 4—5 Tagen tödtete. Diese Zeit genügte, um die Veränderungen im Nervensystem sich ausbilden zu lassen.

Gehirn und Rückenmark wurden in Formalin conservirt und gehärtet und später nach der Nissl'schen Methode untersucht. Die peripheren Nerven wurden mit Osmiumsäure und Glycerin behandelt, die Kerne und Axencylinder mit Haematoxylin gefärbt.

Die wesentlichsten Veränderungen, die Verf. constatirte, betrafen das periphere motorische Neuron. In den vorderen Hörnern zeigten sich Degenerationsvorgänge uud Vacuolen; bisweilen waren auch die hinteren Wurzeln und die Goll'schen Stränge degenerirt.

Die peripheren Neuritiden, welche die Ursache der diphtheritischen Lähmungen sind, entwickeln sich erst secundär. PAUL RAUGÉ.

109) **A. Netter** (Paris). **Die Isolirung bei übertragbaren Krankheiten. (L'isolement dans les maladies transmissibles.)** *Semaine méd. 6. October 1897.*

Trotz aller Sorgfalt kann man nicht alle Fälle von Diphtherie rechtzeitig isoliren. Die Diagnose ist oft schwer, da bisweilen einfachen Anginen der Loeffler'sche Bacillus zu Grunde liegt.

Für Fälle dieser Art ist die Einrichtung einer „Abtheilung für zweifelhafte Fälle", wie sie in den Pariser Kinderkrankenhäusern bereits besteht, absolut nothwendig.

Eine weitere Quelle der Verbreitung der Diphtherie ist das lange Bleiben der Loeffler'schen Bacillen im Halse der Diphtheriereconvalescenten. Unter 753 Fällen verschwand der Bacillus

325	mal	gleichzeitig mit den Membranen.	
201	„	zwischen 5. und 7. Tag.	
84	„	am 12. Tag.	
69	„	am 15. Tag.	
57	„	nach 3 Wochen.	
11	„	„ 4	„
5	„	„ 5	„
1	„	„ 7	„

Verf. beklagt, dass es in Paris keinen Ort giebt, wo man die Kinder nach dem Verlassen des Krankenhauses noch genügend lange isoliren kann.

Er erinnert daran, dass das öffentliche Laboratorium in New York nicht nur die Diagnosen der Anginen stellt, sondern auch die als Diphtherie erkannten Fälle verfolgt, bis ihr Hals von Bacillen frei ist.

PAUL RAUGÉ.

110) **H. Barbier** und **Tollemer. Bakteriologische Untersuchungen über die Diphtherie. Das Vorkommen des Diphtheriebacillus in den inneren Organen und den nervösen Centralorganen. (Recherches bactériologiques sur la diphthérie. Présence du bacille dans les viscères et les centres nerveux.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 29. October 1897.*

Verff. fanden den Diphtheriebacillus
2 mal in den Halsdrüsen,
1 „ „ „ Bronchialdrüsen,
3 „ „ der Milz,
5 „ „ Hals- und Rückenmark.
Constant fand sich der Bacill im Bronchialbaum und in der Lunge.

Gehirn und Nieren waren stets steril. Im Blute wurden nur ein mal Bakterien gefunden.

In den inneren Organen findet sich der Loeffler'sche Bacill niemals allein, sondern stets mit Streptococcen oder Staphylococcen vereint.

PAUL RAUGÉ.

111) **Sevestre** (Paris). **Zur Frage der Generalisation des Diphtheriebacillus. (Sur la généralisation du bacille diphthérique.)** *Soc. médic. des Hôpitaux. 5. November 1897.*

S. bemerkt auf die Mittheilung von Barbier (s. voriges Referat), dass der Nachweis des Bacillus im Blute und im Bulbus nichts beweist, da die Sectionen 24 Stunden nach dem Tode gemacht sind.

Die diphtheritischen Lähmungen sind durch die Giftwirkung ausreichend erklärt; Roux erzielte sie beim Thiere durch Einspritzung des Giftes allein, ohne Mitwirkung der Bacillen.

Es ist wahrscheinlich, dass die von Barbier angeführten Bakterien-Associationen die Verbreitung des Bacillus begünstigen, da man die Läsionen der Schleimhaut ausgebreiteter bei Mischinfectionen, als bei reiner Diphtherie fand.

Lemoine erwidert, dass er den Loeffler'schen Bacillus in einem Falle 5 Stunden nach dem Tode im Blute nachgewiesen hat. Aber der Nachweis gelang ihm erst nach 8 vergeblichen Impfungen. Wenn der Bacill so selten im Blute nachgewiesen ist, so dürfte der Umstand daran schuld sein, dass man nicht genügend zahlreiche Impfungen angestellt hat.

Barbier hat unterdess einen neuen Fall von Diphtheriebacillen im Blute beobachtet.

Die Anwesenheit von Bacillen im Bulbus erklärt die Localisation der Lähmungen in manchem Falle doch besser, als die blosse Intoxication.

PAUL RAUGÉ.



112) **Hartshorn. Croup. (Croup.)** *New York Medical Record. 18. December 1897.*

Croup ist eine lokalisirte asthenische Entzündung, die stets mit Erkältung, Durchnässung u. dergl. in Zusammenhang steht; Croup ist nie epidemisch. Diphtherie dagegen ist eine Allgemeinerkrankung, die gewöhnlich epidemisch auftritt, die lokale Entzündung ist erst secundärer Natur. Beim Croup ist die Pseudomembran ein festgewordenes Exsudat, das der Schleimhautoberfläche aufliegt, bei der Diphtherie ist die Schleimhaut selbst mit ergriffen. Der Croup ist nicht mit Albuminurie complicirt und nicht von Lähmung gefolgt; beide sind bei Diphtherie häufig.

LEFFERTS.

113) **Luke Fleming. Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Archives of Pediatrics. September 1897.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **De Chateaubourg. Das Guajacol bei Diphtheritis. (Le gajacol dans la diphthérie.)** *Médecine Moderne. 9. October 1897.*

Verf. empfiehlt dies Medicament für alle Fälle, in denen man kein Serum geben kann. Er bedient sich folgender Lösung, die er gleichzeitig einpinselt und subcutan injicirt ($1-2^1/_2$ ccm).

Guajacol	5 g
Eucalyptol	14 „
Jodoform	1 „
Ol. Olivar.	100 „

Verf. constatirte in allen Fällen, in denen er diese Lösung gab, rasches Verschwinden der Pseudomembranen und Besserung des Allgemeinbefindens. Er erklärt diesen Erfolg theils durch die antiseptische Wirksamkeit des Guajacols und des Eucalyptols, theils durch die tonische Wirksamkeit der Oelinjection.

PAUL RAUGÉ.

115) **A. Bazin. Die Herstellung von Diphtherieserum. (The preparation of diphtheric antitoxin.)** *Brit. Med. Journ. 11. December 1897.*

Schilderung der Gewinnung, Conservirung und Dosirung des Serums, ferner der Prüfung seiner Qualität und der Wirkungsweise desselben.

ADOLPH BRONNER.

116) **J. Lindsay Porteus. Diphtherieserum per os verabreicht. (Antitoxin administered per os.)** *N. Y. Med. Record. 25. December 1897.*

P. hat 3 Kinder auf diese Weise mit gutem Erfolge behandelt. Dieselben waren 5—6 Jahre alt und erhielten per os je 1000 Immunitätseinheiten. Das Serum verliert im Magen seine Wirksamkeit nicht. Dieser Weg der Einverleibung eignet sich gut für nervöse Kinder.

LEFFERTS.

117) **C. H. H. Spronck** (Utrecht). **Experimentelle Studie über den Einfluss des Heilserums auf vorher bestehende Albuminurie. (Etude expérimentale de l'action du serum antidiphthérique sur l'albuminurie préexistante.)** *Semaine médicale. 24. November 1897.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Diphtherieheilserum ebenso wie das Serum des nicht immunisirten Pferdes verursacht eine Albuminurie, die sehr geringfügig und sehr vorübergehend ist und wahrscheinlich dadurch entsteht, dass ein kleiner Theil des Serumalbumins das Nierenfilter passirt.

2. Der Eiweissdurchtritt ist ein wenig stärker und von etwas grösserer Dauer, wenn das Versuchsthier schon vor der Seruminjection eine diphtheritische Albuminurie gehabt hat.

3. Das Heilserum übt keinen schädigenden Einfluss auf die vorbestehende diphtheritische Albuminurie aus.

4. Es besitzt im Gegentheil einen günstigen Einfluss, wenn es im Beginne der Albuminurie injicirt wird.

5. Das Serum vermag zwar eine diphtheritische Albuminurie nicht einfach zu coupiren, aber es vermindert doch deren Dauer und Intensität.

Diese experimentell gewonnenen Schlüsse stimmen mit den klinischen Erfahrungen überein, die Sevestre und Martin (Traité des maladies de l'Enfance. I. p. 639) zum Ausdruck gebracht haben.

PAUL RAUGÉ.

118) **Belin. Ueber die Serumtherapie bei Diphtherie.** *Münchener medicinische Wochenschr. No. 42. 1897.*

Besserung der Mortalität auf der Strassburger Kinderklinik, Nichtbeobachtung anderer Schädigungen durch das Serum; Beeinflussung der Nieren durch dasselbe ist nicht ausgeschlossen, doch ohne grosse Bedeutung; postdiphtheritische Lähmungen und Recidive sind häufiger geworden.

SCHECH.

119) **J. Freixbes** (Barcelona). **Beeinflusst die Serumbehandlung bei der Diphtherie in directer Weise die allgemein im Körper verbreitete Infection oder Intoxication? (El tratamiento serote rapico en la difteria modifica directamente la infeccion o intoxicacion generales establecidas?)** *Revista de Cienc. Méd. de Barcelona. No. 10. 1897.*

F. behandelt obige Frage an der Hand zweier von ihm beobachteter Fälle, von denen der eine erst nach Aufhören der während einiger Tage erfolgten Serumbehandlung zur Heilung kam, der andere aber trotz der Injectionen wegen der bereits allgemein im Körper verbreiteten Infection tödtlich verlief.

R. BOTEY.

120) **E. Sisternes** (Barcelona). **Die Serumtherapie bei der Diphtherie. (La sueroterapia en la difteria.)** *Gaceta Médica Catalana. No. 475. 1897.*

Verf. erwähnt eine Statistik von 30 Kranken mit 5 Todesfällen und erklärt sich für einen Anhänger der Serumbehandlung.

R. BOTEY.

121) **J. B. Wright. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Americ. Practitioner and News. 10. Juli 1897.*

Verf. spricht sich zu Gunsten des Heilserums aus.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **Clubbe. Serumbehandlung bei Diphtherie. (The treatment of diphtheria by antitoxic serum.)** *N. Y. Med. Record. 4. December 1897.*

C. berichtet über 600 Fälle, die im Kinderkrankenhaus von Sydney behandelt

wurden. 300 bekamen Serum, 300 nicht; im übrigen waren alle Bedingungen gleich. Von den ohne Serum Behandelten starben 158 = 52,7 pCt., von den mit Serum behandelten 60 = 20 pCt.

LEFFERTS.

123) **W. J. Long. Intubation nach der Tracheotomie in einem Falle von Diphtherie. (Intubation after tracheotomy in a case of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 11. December 1897.*

Nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

124) **A. Kirstein** (Berlin). **Grundzüge einer allgemeinen Lämoskopie (Lehre von der Besichtigung des grossen Luftweges). Nebst einer Anmerkung über die Bezeichnung „Autoskopie".** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 3. 1897.*

Lämoskopie von λαιμός-Hals. Die gewöhnliche Inspection des Mundes wird zur paraglossisch-autoskopischen Lämoskopie, die altgewohnte Laryngoskopie zur paraglossisch-katoptrischen Lämoskopie. Die von Kirstein eingeführte Zungenspateltechnik ist kataglossisch-autoskopische resp. katoptrische Lämoskopie. Die Sache selbst wird m. E. durch die vielen Fremdwörter nicht gefördert. In einer Schlussanmerkung vertheidigt K. unter Aufgebot von Herodot und Xenophon den Namen Autoskopie gegen alle philologischen, historischen u. s. w. Einwände.

F. KLEMPERER.

125) **B. Fraenkel** (Berlin). **Ueber die Bezeichnungen Autoskopie, Lämoskopie und Vorschlag des Namens Isthmia für obere Luftwege.** *Fränkel's Archiv für Laryngologie. Bd. VI. H. 3. 1897.*

Der Name Autoskopie ist, wie F. des Längeren darlegt, nicht glücklich gewählt, soll aber der Kirstein'schen Untersuchung verbleiben. Nur warnt Verf. vor einer Verallgemeinerung dieser Bezeichnung und verlangt vor allem Pietät gegenüber dem Namen Laryngoskopie. Er schlägt den Namen Isthmia (ἴσθμια = Engen) vor, von dem sich Isthmioskopie und Isthmiatrie ableiten lässt. So sehr ich mit der Kritik F.'s gegenüber den vielen von Kirstein eingeführten Fremdwörtern (s. d. vorige Referat) einverstanden bin, so wenig glaube ich, dass der Name Isthmia sich einbürgern wird.

[In Band VII Heft 1 desselben Archivs schliesst sich noch eine Entgegnung Kirstein's und eine Erwiderung Fränkel's an, in denen der Streit um die Bezeichnung der Methode fortgeführt wird.]

F. KLEMPERER.

126) **Hugo Bergeat. Gewichtsbestimmungen an den Kehlkopfknorpeln und über den Gehalt derselben an Trockensubstanz, Fett und Aschebestandtheilen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 2. 1897.*

Verf. stellt die Resultate seiner Untersuchungen in einer Reihe von Tabellen zusammen. Von den Schlussfolgerungen, die er aus denselben zieht, seien fol-

gende erwähnt. Vom Schildknorpel ist im Durchschnitte die rechte Hälfte grösser als die linke. Beim Mann ist der Schildknorpel grösser, der Ringknorpel und der Kehldeckel dagegen kleiner als beim Weibe. Das Durchschnittsgewicht des gesammten Kehlkopfgerüstes beträgt beim Manne 12,859, beim Weibe 7,821 g. Bei Tuberculose scheint das Gewicht des Kehlkopfs verringert zu sein. Die Aschebestandtheile nehmen mit den Jahren zu.

Die Untersuchungen über den Gehalt an leimgebender Substanz und über den Fettgehalt der frischen Knorpel ergaben noch keine allgemeinere Gesichtspunkte.

F. KLEMPERER.

127) **Edmund Meyer. Zur Kenntniss der inneren Kehlkopfmuskeln des Menschen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. VI. H. 3. 1897.*

Die vorliegende Arbeit stellt das erste Capitel einer offenbar gross angelegten vergleichend anatomischen Studie über die Kehlkopfmuskulatur dar. Die Ausführungen, die Verf. durch 12 vorzügliche Tafeln illustrirt, können im Einzelnen nicht wiedergegeben werden. Indem ich auf das Original der gehaltreichen Arbeit verweise, beschränke ich mich auf die Wiedergabe folgender Schlusssätze:

1. „Durch die Zerlegung der Kehlkopfmuskulatur in viele kleinere und kleinste Muskeln wird weder die Uebersichtlichkeit noch das Verständniss der besonderen Einrichtungen des Stimmorganes gefördert.

2. Man muss deshalb als Eintheilungsprincip der Kehlkopfmuskeln nicht den zufälligen Ursprung von einem oder dem anderen Knorpel oder die Aberration ihrer Insertionen, sondern die entwicklungsgeschichtlich und vergleichend anatomisch wichtigen Gesichtspunkte berücksichtigen.

Aus diesem Grunde bestehen die inneren Kehlkopfmuskeln:

a) aus dem Crico-thyreoideus anticus,
b) aus dem Crico-arytaenoideus posticus, welche beide je einen untheilbaren Muskel darstellen,
c) dem Sphincter glottidis, der obgleich durch Knorpelinsertionen in eine Anzahl Abschnitte zerlegt, doch entwicklungsgeschichtlich und physiologisch als Ganzes zu betrachten ist“.

F. KLEMPERER.

128) **F. Swiezynski** (Warschau). **Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Kehlkopfpolypen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. VII. H. 1. 1897.*

Kurzer Bericht über den klinischen und mikroskopischen Befund bei zwölf Fällen von Kehlkopfpolypen, die auf der Klinik von Sokolowski beobachtet wurden. Verf. zählt die Polypen zu den circumscripten Hypertrophien der Stimmbänder und nicht zu den Fibromen. Bei der Entstehung der Hypertrophie spielen chronisch entzündliche Processe in Folge von häufigen Hyperaemien eine Rolle. Die häufig in grösseren Polypen anzutreffenden homogenen (hyalinen) Massen gehen nach S. aus einer eigenartigen Umwandlung der Fasern des Bindegewebes hervor.

Klinisch von Interesse ist, dass in zwei von S.'s Fällen die Kehlkopfpolypen die Ursache von Blutspeien waren.

F. KLEMPERER.

129) **Mittmann** (Kolberg). **Ueber Gefässgeschwülste des Kehlkopfes.** Dissert. Würzburg. 1897.

Fall aus der Klinik von Jurasz: 61jähriger Mann mit einem etwa erbsengrossen Tumor am vorderen Ende des rechten Taschenbandes. Ausserdem bestand starke Pharyngitis und Laryngitis, Emphysema pulmonum. Behandlung der catarrhalischen Erscheinungen. Der Tumor wurde nicht abgetragen. SEIFERT.

130) **C. Fleming. Eine persönliche Erfahrung über maligne Kehlkopferkrankung. (A personal experience of malignant disease of the larynx.)** *Lancet. 16. October 1897.*

Im Juni 1895 wurde des Verf.'s Stimme heiser. Im November 1895 constatirte Semon eine kleine Geschwulst am linken Stimmband, die er im Juli 1896 für verdächtig erklärte. Die Thyreotomie wurde vorgenommen und das linke Stimmband excidirt. Er erfolgte sehr schnelle Heilung mit guter Stimme. Die Geschwulst erwies sich mikroskopisch als Epitheliom. ADOLPH BRONNER.

131) **W. C. Phillips. Frühdiagnose des Kehlkopfepithelioms. (Early diagnosis of epithelioma of the larynx.)** *The Laryngoscope. Juni 1897.*

Krankengeschichte eines Falles. 63jähriger Geistlicher klagte seit einigen Monaten über eine allmählich zunehmende Heiserkeit. An dem linken Stimmband, zwischen mittlerem und hinterem Drittel, bemerkt man 3 Knötchen, deren leicht erhobene Basis ganz circumscript ist. Das eine Knötchen sitzt auf der Oberfläche des Stimmbandes, das zweite ein wenig weiter nach hinten und an dem inneren Rande, das dritte an der unteren Seite des Stimmbandes. Die Farbe der Knötchen war röthlich-weiss, ihre Oberfläche glatt; kein Secretbelag, keine Drüsenschwellung, nichts von Ulceration oder Blutung, keine Dysphagie oder Dyspnoe; keine Cachexie, kein Schmerz, auch nicht verminderte Beweglichkeit des linken Stimmbandes. Es wurde die Diagnose auf Papillom gestellt und das breiteste Knötchen mit der Zange abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung ergab den epitheliomatösen Charakter der Neubildung.

Nach 2 Tagen zeigte die Stelle, die durch Abtragung des Knötchens von Schleimhaut entblösst war, keine Tendenz zur Heilung, sondern sie erschien vergrössert und ulcerirt. Unter Chloroformnarkose wurde der halbe Kehlkopf abgetragen. [Hier hätte doch die Thyreotomie sicherlich ausgereicht. F. S.] 4 Tage später erkrankte Pat. an einer Pneumonie; nachdem diese abgelaufen, nahm aber die Heilung einen guten Verlauf und der Patient ist jetzt — 5 Monate nach der Operation — völlig gesund. Der Verf. macht auf den Fall besonders aufmersam, weil maligne Neubildungen nur sehr selten in so frühem Stadium beobachtet sind und dann, weil alle bekannten Frühsymptome des Kehlkopfepithelioms in diesem Falle fehlten. [? Pat. war doch „seit einigen Monaten“ heiser. F. S.]

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

132) **H. C. Wyman. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *The Physician and Surgeon. Mai 1897.*

Eine kurze und interessante Mittheilung. FROTHINGHAM (LEFFERTS).



133) **Noltenius** (Bremen). **Entfernung eines Fremdkörpers aus den Luftwegen eines 4jährigen Knaben.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

8 mm dicke Glasperle in der Trachea, in der sie bei jedem Hustenstoss frei hin und her geworfen wird und ein charakteristisches Geräusch („Flopp") macht. Ehe die Tracheotomie gemacht werden kann, gleitet der Fremdkörper in den linken Bronchus hinab, Tracheotomie und Sondirungsversuche ergeben kein Resultat. Nach 3 Tagen wird die Perle spontan wieder in die Trachea befördert und von da mit der Pincette durch die Tracheotomiewunde entfernt.

F. KLEMPERER.

134) **R. Lake** und **J. Bunch. Fremdkörper in den Luftwegen seit 9 Jahren; Entfernung und Heilung. (Foreign body in the air passages for nine years. Removal. Recovery.)** *Lancet. 25. September 1897.*

38jährige Dame, im Jahre 1888 mehrere Tage unter heftigen Hustenanfällen krank. Ein ähnlicher Anfall war schon im Juli 1896 aufgetreten. Seither in jedem Winter Husten und Athemnoth. Die Patientin ist auf Phthise, syphilitische Erkrankung der Trachea etc. behandelt worden. Im Januar 1897 sah Lake einen Fremdkörper in der Trachea und entfernte denselben durch Eröffnung der Trachea. Seither ist die Pat. vollständig gesund.

ADOLPH BRONNER.

135) **Sevestre** und **Bonnus** (Paris). **Fremdkörper der Trachea entfernt durch die Intubation. (Corps étranger de la trachée enlevé par le tubage.)** *Société méd. des Hôpitaux. 29. October 1897.*

Bei einem 5jährigen Mädchen, das eine Perle verschluckt hatte und Erstickungsanfälle bekam, entschloss man sich die Intubation zu machen, statt sofort zur Tracheotomie zu schreiten. Einige Minuten nach der Operation wurde der Fremdkörper in einem Hustenanfall ausgeworfen. Die Tube wurde 10 Minuten nachher entfernt und alle Anfälle verschwanden. Der Fremdkörper, ein Glasperlenbruchstück von 1 cm Länge und 3—4 mm Breite war $1^1/_2$ Monat in der Trachea gewesen.

Das Vorkommniss ist in practischer Hinsicht von Interesse. Es stellt eine neue Indication für die Intubation als vortheilhaften Ersatz der Tracheotomie.

PAUL RAUGÉ.

136) **W. F. Chappell. Eine neue Trachealcanüle. (A new tracheal tube.)** *N. Y. Med. Record. 18. December 1897.*

Verf. führt die Vorzüge seiner Canüle auf. Der Pat. kann nach Belieben durch die Canüle und durch den Larynx athmen, auch können Secrete leicht durch Husten in den Pharynx befördert werden.

LEFFERTS.

137) **Thomas Annandale. Darreichung von Narcoticis durch die Trachealwunde. (Administration of anaesthetics through a tracheal wound.)** *Lancet. 6. November 1897.*

Das obere Ende einer gewöhnlichen Tracheotomie-Canüle ragt etwa $^1/_2$ Zoll

über das Schild hervor. Von der Mitte dieser Verlängerung geht im rechten Winkel ein kurzes Silberrohr ab. An diesem ist ein Schlauch befestigt, der in ein mit Chloroform getränktem Leinen resp. Watte gefülltes Glas führt. In manchen Fällen wird während der Operation eine elastische Ligatur um die ganze Trachea oberhalb der Trachealwunde gelegt, um den Eintritt von Flüssigkeit in die Trachea von oben zu verhüten. (Abbildung.)

ADOLPH BRONNER.

138) **Linder** (München). **Ein Fall von Narbenstenose und Membranbildung im Kehlkopf nach O'Dwyer'scher Intubation.** Dissert. Würzburg. 1897.

Ein 8jähriger Knabe wurde wegen Diphtherie (im Jahre 1893) erst intubirt, dann tracheotomirt. Die Tube hatte während 19 Tagen 336 Stunden lang im Kehlkopf gelegen. Offenbar waren durch den Druck der Tube Ulcerationen entstanden, welche zu Membranbildung an der hinteren Wand des oberen Kehlkopfraumes, zu Narbenstenose an der hinteren Fläche des mittleren und wahrscheinlich auch unteren Kehlkopfraumes mit Fixation und Verwachsung der Stimmbänder geführt hatten.

SEIFERT.

139) **A. Jeffreys Wood** (Melbourne, Victoria). **Die Intubation bei Kehlkopfverstopfung. (Intubation in laryngeal obstruction.)** *Intercolon. Med. Journ. of Australia. 20. November 1897.*

W. ist Anhänger der Intubation. Er bespricht die Technik der Operation. Bei Diphtherie intubirt er, während der Patient eine zurückgebeugte Haltung hat, dadurch wird Syncope vermieden. W. empfiehlt die Tuben von Ermald (New York); die auf dem Continent gebräuchlichen sind veraltet.

A. J. BRADY.

140) **Redact. Notiz. Kehlkopfstenose und Intubation. (Laryngeal stenosis and intubation.)** *N. Y. Med. Journal. 16. October 1897.*

Kritischer Bericht über eine Discussion in der Section für Kinderheilkunde des Moskauer Internationalen Med. Congresses, an der Bokai, Heubner, Boulay, Sevestre und Bayeux theilnahmen.

LEFFERTS.

141) **E. M. Plummer. Die Intubation, eine kritische Besprechung von 50 Fällen. (Intubation with an analysis of 50 cases.)** *Annals of Gynecology and Paediatry. Februar 1897.*

47 mal wurde wegen acuter Kehlkopfstenose bei Kindern von 5—7 Jahren (mit Ausnahme von 2) intubirt. In 3 Fällen handelte es sich um chronische Stenose bei Erwachsenen, zweimal um syphilitische Narbenstenose, einmal um Larynxoedem bei Morbus Brightii. Die beiden Fälle von Syphilis wurden alle 7 Tage intubirt, der erste 4, der zweite 3 Monate lang. Der erste Fall ist seit einem Jahre geheilt, der andere muss noch von Zeit zu Zeit reintubirt werden. Bei Larynxoedem, nimmt man gewöhnlich an, vermag die Intubation nur wenig zu helfen, wegen der Gewebsschwellungen, die über das obere Ende der Tube herüberhängen. In dem einen Falle, den er behandelte, erzielte P. nach einer Incisision der ary-epiglottischen Falten mittelst einer Tube mit breitem Kopfe einen guten und dauernden Erfolg.

Die Intubation stört das Schlucken gewöhnlich sehr und Essen und Trinken

geräth sehr leicht in die Trachea. Unter den 47 Kindern vermochten nur 9 im Bett aufrecht sitzend auf normale Weise zu schlucken. Wenn die Kinder dies nicht können, bedient sich Verf. der Casselberry'schen Position. Damit kam er in 32 Fällen aus. In 6 Fällen gelang die Ernährung auch in dieser Stellung nicht. Dann bleibt nur die Ernährung per rectum oder die Einführung der Magensonde. P. führt bei dem aufrecht sitzenden Kinde einen weichen Katheter durch die Nase ein oder er benutzt die Nährflasche von Bryson Delavan. Auch bei dieser ersetzt ein biegsamer Katheter den gewöhnlichen Magenschlauch und derselbe wird nicht bis in den Magen, sondern einfach bis unter die Constrictoren des Rachens vorgeschoben.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

142) **H. Mole. Zwei Fälle von Intubation bei Erwachsenen. (Two cases of intubation in adults.)** *Bristol Med. Chir. Journal. September 1897.*

Der erste Fall war eine Perichondritis des Ringknorpels bei einer Frau von 40 Jahren. Die Einführung der Tube, die 2 Tage liegen blieb, machte erhebliche Schwierigkeiten. Der zweite Fall war eine acute septische Laryngitis. Die Tube, die erst zweimal ausgehustet wurde, blieb 8 Tage liegen.

ADOLPH BRONNER.

143) **J. O'Dwyer. Retention der Intubationsröhren. (Retained intubation tubes.)** *Arch. Pediatrics. Juli 1897.*

Unter Retention der Tube nach Intubation wegen Croup versteht Verf. die Nothwendigkeit, die Intubation noch lange nach dem Verschwinden der ursprünglichen Krankheit fortzusetzen. Ursache der behinderten Athmung ist in solchen Fällen gewöhnlich ein Trauma, eine Verletzung des Larynx durch eine nicht passende Tube; der Sitz des stenosirenden Processes ist gewöhnlich der subglottische Theil des Kehlkopfs oder die vom Ringknorpel umfasste Partie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

144) **J. H. Seymour. Intubation. (Intubation.)** *Southern California Practit. November 1897.*

Nichts Originelles.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

145) **Sevestre. Die Intubation des Kehlkopfs. (Le tubage du larynx.)** *Tribune méd. 8. December 1897.*

Vorlesung über die Methodik und die Indicationen der Intubation.

A. CARTAZ.

146) **Barth** (Köslin). **Ueber den gesundheitlichen Werth des Singens.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Verf. giebt eine ausführliche, an interessanten Einzelheiten reiche Studie über den Einfluss des Singens auf die verschiedenen Organe und Functionen des Körpers. Das Singen vertieft die Athembewegungen, erhöht dadurch die vitale Capacität und kräftigt die Muskulatur. Durch Vermehrung des Gaswechsels und Erhöhung der Wasserausscheidung wird der Gesammtstoffwechsel gesteigert. Appetit und Durstgefühl nehmen zu, der Hämoglobingehalt der rothen Blutkörperchen wächst, die ausgiebigen Bewegungen des Zwerchfells und der Bauchwand unterstützen die Verdauung. Auf die Entwicklung des Kehlkopfs selbst, auf Nase

und Rachen wirkt das Singen sehr günstig; das Gehör wird schärfer u. a. m. Von einer Uebung, die von so weitgehendem Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden ist, kann es nicht überraschen, wenn Verf. sie in seinen Schlusskapiteln als Schutzmittel gegen chronische Lungenerkrankungen, als einen Ersatz der pneumatischen Therapie, als einen nützlichen Factor in der Therapie von Herzkrankheiten, als vortheilhafte Unterstützung in der Behandlung der Chlorose hinstellt.

F. KLEMPERER.

147) **A. M. Eldar (Anna Fles)** (Utrecht). **Sprechen und Singen im Zusammenhang mit der niederländischen Sprache. (Spreken en Zingen, in verband gebracht met de Nederlandsche taal.)** 5. Auflage. Fiel, D. Mys. 1897.

Es ist ein glückliches Zeichen, dass das Werkchen der geschätzten Gesangslehrerin, Frl. Fles, in kurzer Zeit bereits eine fünfte Auflage erlebt. In demselben wird die anatomische und physiologische Basis der Sprache und des Gesanges eingehend erörtert, und wird es ohne Zweifel dazu beitragen, gesunde Begriffe über diesen Gegenstand und rationelle Uebungsmethoden für Sprach- und Gesangsunterricht zu fördern.

H. BURGER.

148) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber Sprachlaute. (Over spraakgeluiden.)** Antrittsrede als ordentlicher Professor der Physiologie. Utrecht. 1897.

In seiner Antrittsrede giebt Z. eine interessante Darstellung der Entwicklung und des heutigen Standpunktes der Physiologie der Sprachlauten, welche sich zu einem Referat nicht eignet. Vom wissenschaftlichen Standpunkt betrachtet, könne die heutige articulatorische Richtung der philologischen Phonetik nicht zum Zwecke führen; Hauptsache bleibt die acustische Forschung, der Donders 1857 in seinem berühmten „Brief an Brücke“ den Weg gezeigt hat.

H. BURGER.

149) **W. Murawjew. Ueber den Ursprung der Sprache. (O proishoshdenii retschi.)** *Wratsch. No. 49. 1897.*

M. sieht den Ursprung der Sprache in der Fähigkeit Töne von sich zu geben. Diese wurden zu Wörtern durch Nachahmung, durch einfache Vervielfältigung, Zusammenstellung, Verabredung etc.

P. HELLAT.

f. Schilddrüse.

150) **Léon Mabille. Physiologie der Schilddrüse. (Physiologie de la glande thyroide.)** *Echo Méd. du Nord. 12. December 1897.*

Kritische Uebersicht.

A. CARTAZ.

151) **Jourdanet** (Lyon). **Suffocativer Kropf. (Goitre suffocant.)** *Soc. d. scienc. méd. de Lyon. 16. Juni 1897.*

Alter Kropf, seit 25 Jahren bestehend, von der Grösse eines Hühnereies, hat plötzlich eine enorme Vergrösserung erfahren und Erstickungsanfälle herbeigeführt, die eine Operation dringend nothwendig machen. Eine leicht aus-

geschälte Cyste enthielt 1 Liter chocoladenfarbiger Flüssigkeit. Die plötzliche Volumenszunahme war wahrscheinlich durch eine Blutung der Wandung bedingt.

P. RAUGÉ.

152) **Loyson** (Lyon). **Cystischer Kropf mit trophischen Störungen. (Goitre cystique avec troubles trophiques.)** *Soc. d. scienc. méd. de Lyon. April 1897.*

Krankengeschichte einer Frau, die nach Drainirung eines cystischen Kropfes (Operation nach Daniel Mollière) trophische Störungen an den Nägeln, Anaesthesie an den Füssen und Händen, Oedem an den Extremitäten, kurz eine Reihe von Symptomen bekam, die an Myxoedem denken liessen. PAUL RAUGÉ.

153) **Bötticher. Ueber Struma maligna.** Dissert. Würzburg. 1897.

50jähriger Mann mit Sarcom der Schilddrüse, das exstirpirt wurde. Exitus am Tage nach der Operation in Folge von Pneumonie. SEIFERT.

154) **A. Rosenberg** (Berlin). **Die Behandlung der Strumen mittelst parenchymatöser Injectionen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 37. 1897.*

R. hat auf die Empfehlung von Garré hin bei 30 Kropfkranken Injectionen einer Jodoformlösung (Jodoformii 1,0 Aether, Ol. olivar. aa 7,0) gemacht; zunächst 0,5 g, später 1 g und mehr; anfangs 3tägige, später kürzere Pausen. Der Erfolg blieb einmal aus, war einmal zweifelhaft, zweimal unbedeutend; 13 mal (43 pCt.) wurde zufriedenstellende Besserung, 13 mal vollkommene Heilung erzielt. 3 mal traten Recidive ein. In einem näher beschriebenen Falle war der Erfolg zauberhaft.

Die geschilderten, alle übrigen Behandlungsmethoden weit übertreffenden Resultate fordern zu weiterer Anwendung des Verfahrens auf, besonders da es gänzlich ungefährlich ist. ZARNIKO.

155) **L. Frey** (Wien). **Die Behandlung der Strumen mittelst parenchymatöser Injectionen.** *Therapeut. Wochenschr. No. 43. 1897.*

Verf. stimmt Rosenberg, der in der Berlin. Klin. Wochenschrift No. 37, 1897, über genanntes Thema schrieb, vollständig bei und constatirt zum Schlusse, dass diese erfolgreiche Methode der Kropfbehandlung von Prof. v. Mosetig (Wien) in die Therapie eingeführt wurde. CHIARI.

156) **A. Souques** u. **G. Marinesco** (Paris). **Basedow'sche Krankheit complicirt mit Diabetes mellitus. (Goitre exophthalmique compliqué du diabète sucré.)** *Bulletin médical. 16. Juni 1897.*

Die Verff. haben in der Nervenklinik der Salpetrière einen typischen Fall von Basedow mit reichlicher Glycosurie (330 g in 24 Stunden) beobachtet und sich die Frage vorgelegt, ob es sich dabei um eine einfache Coincidenz handelt. In der Literatur fanden sie nur 25 Beobachtungen, in denen das gleiche Vorkommniss berichtet wird. Trotzdem glauben sie an einen inneren Zusammenhang beider Leiden und verlangen, dass man auf das Vorkommen von Zucker bei Basedowkranken mehr als bisher achten solle. Der Diabetes ist in der Mehrzahl der bisher mitgetheilten Fälle das secundäre. Theoretisch ist dies von

grosser Bedeutung; da der Diabetes nach Cl. Bernard's Forschungen am Boden des 4. Ventrikels localisirt ist, giebt die Complication mit Diabetes der Theorie von der bulbären Localisation des Morbus Basedowii eine Stütze.

PAUL RAUGÉ.

157) **Reclus** (Paris). **Doppelseitige Resection des Halssympathicus bei Basedow-scher Krankheit. (Résection bilaterale du grand sympathique dans le goitre exophthalmique.)** *Académie de Médecine. 22. Juni 1897.*

R. berichtet über einen Fall, bei dem er sich wegen der bedrohlichen Schwere der Symptome zu der von Jaboulay angegebenen Operation entschloss. Am Tage darauf waren alle Symptome geringer. Nach 8 Tagen war der Exophthalmus verschwunden, der Kropf verkleinert, das Zittern geringer, der Puls auf 90 herabgegangen und das Allgemeinbefinden besser.

PAUL RAUGÉ.

158) **Cl. Bernoud** (Lyon). **Zwei neue Fälle von alter Basedow'scher Krankheit erfolgreich behandelt mittelst Durchschneidung des Halssympathicus. (Deux nouveaux cas de maladie ancienne de Basedow traités avec succès par la section du sympathique cervical.)** *Bulletin méd. 19. December 1897.*

Es handelt sich um zwei von Jaboulay (Lyon) operirte Frauen; der einen ist einseitig, der anderen beiderseits der Sympathicus durchschnitten. In beiden Fällen ist der Erfolg ein zufriedenstellender; der Kropf ist verkleinert, der Exophthalmus zurückgetreten, vor allem der Allgemeinzustand ganz erheblich gebessert. Mit Recht legt der Verf. auf letzteres einen ganz besonderen Werth, da meist die Allgemeinstörungen dem Kranken weit lästiger fallen, als die Symptome der sogen. Basedow'schen Trias.

PAUL RAUGÉ.

159) **Lindeman. Die Schilddrüse bei Gelbsucht. (The thyreoid gland in jaundice.)** *N. Y. Med. Journal. 18. December 1897.*

Verf. fand bei 4 Patienten, die completten Icterus durch Carcinom des Ducturus choledochus gehabt hatten, bei der Section eine excessive Menge von colloider Substanz in der Schilddrüse. Er schliesst daraus, dass in derartigen Fällen die antitoxische Function der Leber geschwächt ist und darum durch die im Blut circulirenden toxischen Substanzen die Function der Thyreoidea vicariirend besonders in Anspruch genommen wird.

LEFFERTS.

160) **Schöndorff. Einfluss der Schilddrüse auf den Stoffwechsel. (The influence of the thyroid gland on metabolism.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1897.*

Sch. findet in lange fortgeführten Versuchen einen entschiedenen Einfluss der Schilddrüsenverfütterung auf den Stoffwechsel. Das Gewicht nimmt ab, das Körpereiweiss aber wird erst angegriffen, wenn alles Fett aufgezehrt ist. Die Stickstoffausscheidung ist nur im Anfang grösser, als die Aufnahme; die von verschiedenen Autoren beobachtete vermehrte Stickstoffausscheidung bezieht sich nur auf Beobachtungsreihen von wenigen Tagen.

LEFFERTS.

161) **Bérard** (Lyon). **Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des Thyroidfiebers. (Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre thyroidienne.)** *Soc. nationale de méd. de Lyon. 6. December 1897.*

Nach Einspritzung von Substanzen, die er aus Gewebskröpfen gewonnen hatte, in die Ohrvene von Kaninchen beobachtete Verf. Temperatursteigerung, bisweilen begleitet von Diarrhoe und nervösen Erscheinungen. Diese Erscheinungen dauern 3—4 Tage an.

PAUL RAUGÉ.

162) **M. L. Déjace. Hämophilie behandelt mittelst Schilddrüsensubstanz. (Haemophilia treated by the thyroid substance.)** *N. Y. Medical Journal. 18. December 1897.*

Die Pat. litt seit 2 Jahren an Hämophilie und war excessiv anämisch geworden. Gesicht und Schleimhäute waren vollständig blutlos, das Zahnfleisch blutete bei der leichtesten Berührung stark. Arme, Beine und Stamm waren von Pupuraflecken bedeckt. Die Periode, die jedesmal 12—14 Tage dauerte, war mit beunruhigend starkem Blutverlust verknüpft. Die Pat., die übrigens ziemlich guten Appetit hatte, gab an, dass sie die verschiedensten Curen bereits ohne Erfolg durchgemacht habe.

Unter der Darreichung von Thyroidkapseln verschwand das Exanthem bald und die Pat. bekam schnell eine gesunde und frische Farbe; die Blutungen hörten auf.

LEFFERTS.

163) **Samuel H. Friend. Die Schilddrüsenbehandlung des Cretinismus, mit Bericht über einen Fall. (The thyroid-gland treatment with report of a case.)** *N. Y. Med. News. 4. December 1897.*

Verf. giebt die ausführliche Krankengeschichte seines Falles und verbreitet sich zum Schluss über die besondere physiologische und therapeutische Bedeutung der Schilddrüsen.

LEFFERTS.

164) **Cross. Die Thyroidverfütterung bei der Behandlung von Geisteskrankheiten. (The employment of thyroid feeding in the treatment of insanity.)** *N. Y. Med. Journal. 18. December 1897.*

Bericht über eine Reihe von 20 Fällen von Geisteskrankheit der verschiedensten Art, die mit Schilddrüsenverfütterung behandelt wurden. Bei allen trat eine deutliche körperliche Reaction ein, Temperatur- und Athemsteigerung, Vermehrung der Pulszahl etc. Die geistige Reaction ging der körperlichen an Intensität nicht parallel. Eine Entscheidung will C. nicht treffen; aber er betont, dass in einigen Fällen doch eine deutliche Besserung des geistigen Zustandes eintrat: in zwei Fällen u. z. in zweien, die vorher als unheilbar angesehen worden waren, war die Besserung eine dauernde. Verf. verlangt eine weitere Fortsetzung der Versuche mit dieser Therapie, jedenfalls solle man in keinem Falle von Geisteskrankheit alle Hoffnung aufgeben, ehe man nicht die Thyroidtherapie versucht hat.

LEFFERTS.



165) **Sargnon** (Lyon). **Posteperatives Myxoedem. (Myxoedème post-operateire.)** *Soc. de Méd. de Lyon. 22. November 1897.*

Vorstellung eines Kranken, der auf der Abtheilung von Prof. Poncet wegen eines starken Kropfes, der Athembeschwerden verursachte und auch die Stimme beeinträchtigt hatte, operirt worden ist. Die Operation, die in intraglandulärer Enucleation bestand, liegt ein Jahr zurück. Seither hat sich eine ausgesprochene Cachexie und ein allgemeines Myxoedem, besonders an Hals und den oberen Extremitäten, entwickelt und ein cretinistischer Zustand, der vor der Operation bereits angedeutet war, hat sich bedeutend verstärkt. Seitdem die Chirurgen die Totalexstirpation der Schilddrüse aufgegeben haben, ist das Vorkommen des operativen Myxoedems selten; im vorliegenden Falle ist es um so bemerkenswerther, als die Drüse keineswegs ganz exstirpirt wurde.

PAUL RAUGÉ.

166) **S. A. Pfannenstiel** (Stockholm). **Zwei Fälle von Myxoedem mit Thyreoidintabletten behandelt. (Tvaa fall af myxödem behandlade med thyreoidintabletter.)** *Hygiea. December 1897.*

Die Patienten waren eine 61- und 70jährige Frau, die exquisite myxomatöse Symptome darboten. Nach dem Gebrauch von Thyreoidintabletten (Burroughs, Wellcome u. Co.), 2—3 Stück täglich, wurden sie geheilt. In der Folge wurden 2—3 Tabletten wöchentlich genommen, die ausreichten, ein Recidiv zu verhindern.

SCHMIEGELOW.

167) **S. A. Pfannenstiel** (Stockholm). **Ueber Myxoedem. (Om myxoedem.)** *Hygiea. December 1897.*

Eine lesenswerthe Arbeit, die den jetzigen Stand der Lehre von dem Myxödem in anschaulicher Weise wiedergiebt.

SCHMIEGELOW.

g. Oesophagus.

168) **Comte. Fremdkörper in der Speiseröhre. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société des scienc. méd. de Lyon. 29. December 1897.*

Der Kranke hat bei einem plötzlichen heftigen Lachen eine Platte mit drei Zähnen verschluckt. Entfernungsversuche mit der Graefe'schen Zange sind vergeblich. Am oberen Winkel des Schulterblattes existirt eine schmerzhafte Stelle. Die Sonde erfährt in der Höhe dieser einen Wiederstand, der nicht überwunden werden kann. Das Radiogramm zeigt einen schlecht umgrenzten Schatten links seitlich vom 4. Dorsalwirbel.

PAUL RAUGÉ.

169) **Fliess** (Schönfliess). **Strictur des Oesophagus und Narbenbildung im Magen nach Schwefelsäurevergiftung.** Dissert. Würzburg. 1897.

35jähriger Mann, bei welchem wegen Striktur des Oesophagus die Oesophagotomie vorgenommen wurde. Am 17. November Exitus in Folge von Pneumonie. Bei der Section fand sich das ganze untere Drittel des Oesophagus der

Schleimhaut verlustig gegangen, ein Lumen überhaupt nicht vorhanden, dagegen die Muscularis in enormem Maasse hypertrophirt. Cardia undurchgängig. Magen zusammengeschrumpft.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Januar 1898.

Schötz stellt eine 21jährige, an der polnischen Grenze geborene Patientin vor, die October v. J. wegen Husten, Luftmangel und üblen Geruchs aus der Nase ihn consultirte.

Auf der hinteren Rachen- und Kehlkopfwand lag trockenes Secret; das linke Taschenband war vorne geröthet und verdickt. Im obersten Abschnitte der Trachea befand sich eine durch einen die hinteren $^2/_3$ verdickenden sichelförmigen, mit graugrünlichem Secret bedeckten Wall hervorgerufene Verengerung. — In der Nase leichte Atrophie, am Nasenflügel eine bohnengrosse Geschwulst; im Nasopharynx ein Nebenstrang zwischen den Tubenwülsten, der obere Theil des Septum verdickt, dahinter ein haselnussgrosser Knoten; der untere Theil der Choanen durch das Gaumensegel verdeckt, welches durch Narben nach oben gezogen war.

Jodkali brachte keinen Erfolg, sonstige Erscheinungen von Lues nicht vorhanden. — Der Tumor der Nase wird abgetragen.

Nach Entfernung des stenosirenden Walles aus der Trachea, sah man darunter weitere Höcker, Epithelverdickungen und unmittelbar über der Bifurcation einen Knoten.

Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwülste ergab starke Hyperplasie des in Pflasterepithel umgewandelten Trachealepithels, Miculicz-sche Zellen und Kapselbakterien, wie sie als für Sklerom charakteristisch angesehen werden.

Demme zeigt einen Nasenpolypen mit mehreren nekrotischen Partieen; nach seiner Ansicht rührt die Nekrose von dem Druck her, dem die Geschwulst im Naseninnern ausgesetzt war.

Petersen: Die Laryngoskopie bei Kindern.

P. empfiehlt für die Laryngoskopie bei Kindern einen von ihm modificirten Mount-Bleyer'schen Epiglottisheber, dessen Ecken und Kanten gut abgeschliffen sein müssen; er ist dem Escat'schen Spatel bei weitem vorzuziehen und hat sich

ihm bei einer grösseren Untersuchungsreihe gut bewährt. Die Besichtigung des Kehlkopfes geschieht natürlich mit dem Kehlkopfspiegel.

Flatau hält diese Methode für dieselbe wie die Kirstein'sche combinirte Laryngoskopie.

A. Rosenberg kommt fast immer bei Kindern mit der gewöhnlichen Laryngoskopie aus und erreicht mit Güte und Geduld mehr als mit Gewalt, bei deren Anwendung die Kinder den Spiegel gewöhnlich schneller bespeien. In Ausnahmefällen freilich, insbesondere in eiligen, dringlichen Fällen, ist eine gewaltsame Untersuchung nicht zu vermeiden. Uebrigens beseitigt man das Hinderniss der hintenüberliegenden Epiglottis meist besser, wenn man die Kinder seufzende Inspirationen ausführen lässt, statt sie phoniren zu lassen.

Schötz stimmt R. zu und hält den Reichert'schen Epiglottisheber für besser als das Petersen'sche Instrument.

Kirstein: Bei dem Petersen'schen Verfahren kommt der Kehlkopfspiegel auf die Gegend der Uvula, bei der „combinirten Laryngoskopie" in die Tiefe des Rachens; letztere Methode ist übrigens bei Kindern nicht anwendbar.

Herzberg hat das P.'sche Instrument bei einem 3- resp. 5 monatlichem Kinde mit Erfolg gebraucht.

B. Fränkel hat schon vor 20 Jahren gezeigt, dass man durch Niederdrücken der Zunge die Epiglottis sichtbar machen kann. Wenn Gefahr droht, Asphyxie vorhanden ist, chloroformire man die Kinder und benutze Cocain.

Schadewaldt hat sich nie zur Anwendung von Gewalt beim Laryngoskopiren der Kinder gezwungen gesehen; er hat auf dem gewöhnlichen laryngoskopischen Wege z. B. einem 5jährigen Kinde einen Fremdkörper aus dem Kehlkopfe, einem anderen Kinde Papillome entfernt; auch in Fällen von Diphtherie ist ihm die gewöhnliche laryngoskopische Untersuchung gelungen.

Scheier ist ebenfalls bei Diphtherie mit der alten Laryngoskopie zu Stande gekommen; zuweilen benutzte er dabei zum Niederdrücken der Zunge einen Finger oder Zungenspatel.

Petersen giebt zu, dass man allerdings, ehe man zur gewaltsamen Untersuchung schreitet, dieselbe auf dem Wege der Güte auszuführen versuchen soll.

Sitzung vom 4. Februar 1898.

G. Rosenthal stellt einen 32jährigen Patienten vor, der seit seinem 14. Lebensjahre eine auf Syphilis beruhende Verwachsung der hinteren Gaumenbögen und des Velum mit der hinteren Rachenwand aufweist, so dass nur eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung in den retronasalen Raum führt. Ausserdem ist die rechte Seite des Zungengrundes ebenfalls mit der hinteren Rachenwand verwachsen. R. fragt nach den Chancen eines operativen Eingriffes.

Schötz: In den von ihm gesehenen derartigen Fällen gab die Operation gewöhnlich ein schlechtes Resultat.

P. Heymann hält die Aussichten nicht für so schlecht; wenigstens erzielte

er durch Loslösen der Schleimhaut und Einlegen von Prothesen in 2 Fällen einen ganz guten Erfolg, in einem jüngst operirten Besserung.

B. Fränkel konnte auch in einigen Fällen die Nasenathmung wieder herstellen. Handelt es sich um tiefergehende Verwachsungen (z. B. der Zunge oder der Epiglottis mit der hinteren Rachenwand oder um Membranbildungen), so liegt eine Indicatio vitalis für die Operation vor. Sie ist leicht, sitzt die Verwachsung nicht zu hoch; die Schwierigkeit ist das Offenhalten des Passage. Dazu braucht man die Unterstützung des Pat. Es wäre vielleicht angezeigt, die fortgeschnittenen Narben zu überhäuten, um eine Wiederverwachsung zu vermeiden.

Schötz ist kein Feind des chirurgischen Vorgehens; dasselbe ist aber nur am Platze bei intelligenten Patienten; übrigens genügt es meist, ein Loch in's Velum zu machen und andererseits giebt seine vollständige Abtrennung gewöhnlich ein zweifelhaftes Resultat.

Flatau: Die Wiederverwachsung verhindert man am besten durch Ueberhäutung, die man gut mit dem Langenbeck'schen Instrument für die Gaumennaht vornehmen kann.

P. Heymann hält diesen Eingriff für schwierig und andererseits ist er bisher gewöhnlich von wenig Erfolg begleitet gewesen.

Flatau hat in zwei Fällen die entgegengesetzte Erfahrung gemacht.

Flatau zeigt die Abbildung eines kleinapfelgrossen, runden, von der linken Tonsille ausgehenden Tumors bei einem 20jährigen Manne, der nachweislich vor 4 Jahren noch keine Andeutung derselben hatte. Die Geschwulst stellte sich als ein Lymphom mit centraler Verkäsung dar.

Kuttner demonstrirt ein Präparat von schwerer Syphilis des Larynx. Bei dem 81jährigen kachektischen, seit 4 Monaten an Heiserkeit und Athemnoth leidenden Manne war anderweitig die Diagnose Carcinom gestellt. Man sah an der linken Seite im unteren Kehlkopfraum einen von der vorderen Commissur bis in die hintere Wand sich erstreckenden Wulst, dem das vollkommen mobile Stimmband deckelartig auflag.

Für ein Cancroid war die Geschwulst zu glatt; gegen ein die Schleimhaut des Larynx vorbauchendes Oesophaguscarcinom sprach das Fehlen von Schluckbeschwerden und die Mobilität des Stimmbandes. Obwohl keine Zeichen von Lues vorhanden waren und diese geleugnet wurde, stellte K. die Diagnose doch auf Syphilis und gab Jodkali. Nach 2 Tagen Tod an Marasmus. Die Section ergab einen grossen, vom Perichondrium des Ringknorpels ausgehenden und das subglottische Gewebe vor sich herdrängenden, im Centrum zerfallenen Gummiknoten.

B. Fränkel: Ueber Tracheotomie ohne allgemeine Narkose mit Localanästhesie.

Gewöhnlich wird von den Patienten die Tracheotomie nicht rechtzeitig bewilligt, weil sie aus dem Umstande, dass sie schon mehrfach einen Erstickungsanfall glücklich überstanden haben, schliessen, dass keine Lebensgefahr für sie vorhanden ist. Chloroformirt man solche Kranken, so bekommen sie oft einen asphyktischen Anfall, so dass die Tracheotomie sehr eilig vorgenommen werden

muss. Im wachen Zustande haben solche Patienten es gelernt, durch die Selbststeuerung der Athmung und ihren Willen, ihre Athmung auch durch einen sehr engen Spalt noch zu befriedigen. Im Schlafe aber, wo der Wille ausgeschaltet ist, treten die asphyktischen Anfälle gewöhnlich zuerst ein. Die Kranken nehmen eine Zwangslage ein, die ihnen eine möglichst freie Athmung gestattet; manche nähern das Kinn der Brust, so dass diese schon in einen asphyktischen Zustand gerathen, wenn man sie in die Tracheotomielage bringt.

Aus obigen Gründen empfiehlt sich daher bei ihnen die Tracheotomie mit Cocainanästhesie. F. hat dieselbe bisher 23 mal gemacht. Er spritzt jederseits von der Mittellinie unter der Haut über der Trachea einen Theilstrich einer Pravaz'schen Spritze, die 20 pCt. Cocainlösung enthält. Die Operation ist dann schmerzlos und lässt sich in aller Ruhe ausführen, weil die Patienten keine Angst haben.

5 mal wurde die Tracheotomie gemacht wegen Lues laryngis, 6 mal wegen Tuberculose, 4 mal wegen Carcinom, 1 mal wegen Pachydermie und 1 mal wegen Narbenstenose nach Conamen suicidii; 2 mal war sie indicirt durch Oedema laryngis (ein acutes und eins in Folge von Tuberculose); 2 mal wurde bei Kindern operirt wegen Narbenstenose und zwar unter Anwendung von Cocain und halber Chloroformnarkose und je 1 mal wegen Carcinom und Sarcom der Zunge.

Schötz glaubt, dass die Injection von 0,04 Cocain bei Kranken mit chronischer Laryngostenose deswegen nicht ungefährlich sein dürfte, weil bei ihnen Herzschwäche, Herzverfettung nicht selten ist. Das Schleich'sche Verfahren ist dagegen gefahrlos.

Witkowsky ist derselben Ansicht und tritt lebhaft für die Infiltrationsanästhesie ein; in der Schleich'schen Klinik hat sich dieselbe bei 12 Fällen von chronischen und acuten diphtherischen Stenosen sehr gut bewährt. Insbesondere ist in den künstlich infiltrirten Partieen eine Nachblutung deutlicher zu sehen und dementsprechend leichter die Unterbindung zu machen. Ebenso haben andere Autoren mit gutem Erfolge dieses Verfahren bei Tracheotomie verwendet.

Herzfeld sah Schrötter 1888 die Tracheotomie unter Cocainanästhesie ausführen.

B. Fränkel: Cocain in einer Dosis von 0,04 ist nicht gefährlich; es dürfte auch wohl kaum mehr als das Chloroform Herzschwäche verursachen; eine solche war auch in seinen Fällen nicht zu constatiren — es müsste denn dieselbe durch die Kohlensäureintoxication hervorgerufen gewesen sein. Bei der Schleich'schen Methode ist ihm die Orientirung nicht so leicht möglich; übrigens hat er schon vor Bekanntwerden derselben unter Cocainanästhesie tracheotomirt und hat keinen Grund, von dieser Art des Operirens abzugehen.

Sitzung vom 11. März 1898.

B. Fränkel stellt einen Polyphonisten vor, der im Stande ist, eine grosse Reihe von Saiten-, Streich- und anderen Instrumenten nachzuahmen. Ausser einer kleinen Perforatio septi lässt sich an seinen Stimm- und Sprechwerkzeugen

nichts Auffälliges nachweisen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung, die freilich nur bei der Nachahmung einiger Instrumente möglich war (wegen der eigenthümlichen Formgebung der Mund- und Rachenhöhle), zeigte sich eine normale phonatorische Glottisbildung. Die ganze Kunst des Polyphonisten besteht daher (neben seiner Feinhörigkeit) in der Fähigkeit, sein Ansatzrohr in besonderer Weise einzustellen. Daneben lässt er z. B. bei der Imitirung einer Trompete die Lippen schwingen, oder erzeugt eine gewisse Klangfarbe durch Zuhalten der Nase u. s. w.

Flatau kann aus eigener Beobachtung bestätigen, dass die Polyphonisten die Phonation in natürlicher Weise vollziehen und das wesentliche ihrer Kunst in der mannigfaltigen Gestaltung des Ansatzrohres liegt.

Kirstein zeigt einen 60jähr. Pat. mit linksseitiger Recurrenslähmung, bei dem die genaueste Untersuchung des Thorax keinen Anhaltspunkt für ein Aortenaneuryssma ergab, und bei dem wegen einer geringen Dämpfung auf dem Manubr. sterni und einer Drüse in der linken Fossa supracl. ein unter dem Brustbein liegender maligner Tumor angenommen worden war.

Bei der Durchstrahlung des Thorax sah man im Bezirk des Manubr. sterni und der Lungenspitzen einen Schatten und unterhalb desselben, aber von ihm getrennt, einen zweiten beiderseitig pulsirenden, so dass man also die Diagnose auf einen Tumor und Aneurysma stellen muss.

In einem zweiten Falle linksseitiger Recurrenslähmung war mit den physikalischen Untersuchungsmethoden am Thorax nichts nachweisbar, während der Fluorescenzschirm am Sternum einen Schatten zeigte.

Grabower: Ein pulsirender Schatten ist noch kein Beweis für ein Aneurysma, da die Aorta ihre Pulsation einem Tumor mittheilen kann.

Scheier demonstrirt Präparate von vollkommen verknöchertem Lig. stylohyoideum. Er fand an Leichen eine theilweise Verknöcherung nicht so selten. Der Griffelfortsatz verlängert sich entweder in das Band hinein, oder die Verknöcherung schreitet vom kleinen Horn des Zungenbeins aus nach aufwärts fort, so dass schliesslich ein vollkommen neuer Knochen des Os stylohyoid. entsteht.

B. Fränkel hat in Eulenburgs Encyclopädie (III. 5) die Verlängerung des Proc. styl. erwähnt und Fälle gesehen, in denen der Versuch der Resection derselben angestellt worden ist.

B. Fränkel demonstrirt ein Präparat von Pharynxcarcinom; dasselbe, geschwürig zerfallen, nahm die ganze linke Seite ein und ging auf die Schildknorpelplatte über. Bei dem in extremis aufgenommenen Pat. sah man laryngoskopisch eine weisse bis zur Mittellinie hervorragende Tumormasse. Die Knorpelcarcinommasse wölbt sich im Ventrikel vor, so dass man den Eindruck eines Prolaps. ventric. bekommt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose. — Bei einer zweiten noch lebenden Patientin besteht ein auf die Ringknopelplatte übergreifendes Pharynxcarcinom, das nach vorne um den Schildknorpel herumgewuchert ist und eine Perichondr. thyr. ext. erzeugt hat. Drückt man auf den

Abscess vor dem Schildknorpel, so sieht man laryngoskopisch an der vorderen Commissur der Stimmbänder Eiter ausfliessen. Der Larynx ist im übrigen normal.

Scheier: Ueber die Verknöcherung der Kehlkopfknorpel.

Die Durchstrahlung des Kehlkopfes giebt ein deutliches Bild der zarten bälkchenartigen Anordnung des Knochengewebes und dessen innerer Architectur. Die Verknöcherung beginnt nach seinen Untersuchungen mittelst der Röntgenstrahlen um das 18.—20. Lebensjahr. Die Verkalkung resp. Ossification beginnt am hinteren Rande der Platte des Schildknorpels. Bei weiblichen Individuen verknöchern die Schildknorpelplatten durch die Ausbreitung der hinteren Knochenmassen nach vorne; bei Männern breitet sie sich vom Corn. inf. aus nach vorne längs dem unteren Rande der Platte und nun geht am Tubercul. thyr. inf. eine schmale Zone nach oben und vorne, wodurch die Knorpelplatte in zwei Theile getheilt wird. Indem nun an der zungenförmigen Brücke die Verknöcherung nach vorne und hinten und ausserdem vom Corn. sup. längs dem oberen Rande der Platte nach vorne und vom vorderen Theile des unteren Randes längs dem medialen Rande nach oben vorschreitet, werden die beiden Knorpelinseln immer kleiner, bis schliesslich der ganze Knorpel ossificirt ist.

Diese zungenförmige Knochenzone ist nie bei weiblichen Individuen beobachtet worden.

Ebenso wie am Schildknorpel die Verknöcherungsfiguren beiderseits eine gewisse Symmetrie zeigen, so ist es auch am Ring- und Aryknorpel.

Sch. bespricht dann den Zusammenhang zwischen Verknöcherung und Krankheiten, die Reihenfolge der Knochenbildung in den einzelnen Knorpeln und die Ursache der Verschiedenheit der Verknöcherungsfiguren.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Der XIII. internationale medicinische Congress

wird vom 2.—9. August 1900 in Paris unter Vorsitz von Professor Lannelongue abgehalten werden. Weitere Details werden wir in Bälde bringen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. Berlin, October. 1898. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Medicamente etc.

1) .... **Zum 27. März 1858—1898. (27. Maars 1858—1898.)** *Nederlandsch Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 13. 1898.*

Redaktioneller Leitartikel zum vierzigjährigen Jubiläum der Laryngologie und zur Erinnerung an die erste Czermak'sche Publication in der Wiener med. Wochenschrift vom 27. März 1858.

H. BURGER.

2) **Paul Claisse. Intermittirende Hydroparotitis. (Hydroparotide intermittente.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 18. Februar 1898.*

Der Kranke leidet seit einem Jahre an vorübergehenden Anschwellungen der linken Parotis, die bei den Mahlzeiten auftreten. Der Stenon'sche Gang bildet dann jedesmal einen Strang von Kleinfingerdicke. Die Sondirung desselben ergiebt eine scleröse Verengerung in der Gegend des Orificiums.

Verf. theilt die Anschwellungen der Parotis in die durch hypertrophische Cirrhose der Drüse und die durch einfache Speichelretention (Hydroparotitis) bedingten ein. Die letztere hat zur Ursache eine acute catarrhalische oder eine chronische scleröse Entzündung des Ausführungsganges.

PAUL RAUGÉ.

3) **Schwartz** (Paris). **Geschwulst der Parotis. Anlegung eines neuen Orificiums des Stenon'schen Gangs. (Tumeur de la parotide. Néostomie du canal de Sténon.)** *Société de Chirurgie. 12. Januar 1898.*

62jähriger Patient, operirt wegen eines seit 17 Jahren bestehenden harten, ein wenig gelappten Tumors der Wange. Es handelte sich wahrscheinlich um ein Enchondrom, das sich in einer accessorischen Parotis entwickelt hatte.

Bei der Operation wurde der Ductus Stenonianus angeschnitten; man sah das centrale Ende desselben auf dem Masseter. Verf. kam auf den Gedanken, in der Backenschleimhaut am vorderen Rande des Masseter einen Schlitz anzulegen;



in diesen zog er das Ende des Ausführungsganges hinein und befestigte es mit zwei feinen Seidennähten. Die Wunde heilte per primam. Nach aussen floss kein Speichel ab und nach 3 Wochen erkannte man im Munde ein kleines Infundibulum, in dessen Grund die Oeffnung des eingenähten Ductus Stenonianus lag.

Verf. empfiehlt dies Verfahren für alle Fälle, in denen der Ausführungsgang der Parotis im Bereich des Masseter durchschnitten und in seiner Continuität nicht wieder herzustellen ist.

Reynier hat eine ganz ähnliche Neostomie in einem Falle von Fistel des Stenon'schen Ganges mit gutem Erfolge gemacht.

PAUL RAUGÉ.

4) **R. H. Brown. Parotitis durch Verstopfung des Stenon'schen Ganges. (Parotitis from obstruction of Stensen's duct.)** *Lancet. 16. April 1898.*

Verheiratete Frau klagte über Schwellung und Schmerzen der linken Gesichtsseite. Temperatur 39,5. Schwierigkeit beim Oeffnen des Mundes. Eine Woche später ragte eine Feder von etwa 1 Zoll Länge aus dem Ductus Stenonianus hervor; beim Herausziehen derselben entleerte sich etwas Eiter.

ADOLPH BRONNER.

5) **A. Habel** (Zürich). **Ueber Aktinomykose.** *Virchow's Archiv. Bd. 126. p. 1.*

5 Fälle von Aktinomykose der inneren Organe des Thorax und Abdomens; ohne laryngologisches Interesse.

F. KLEMPERER.

6) **v. Thaal. Ein Fall von aspirirtem Hautemphysem.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 17. 1898.*

Die Ursache des Hautemphysems dürfte in diesem Falle in einer Berstung des Lungenparenchyms an der Lungenwurzel gelegen sein.

CHIARI.

7) **Zuppinger** (Wien). **Ueber Barlow'sche Krankheit.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 17. 1898.*

Es handelte sich um eine scorbutartige Erkrankung eines rhachitischen Kindes. Uebrigens von mehr pädiatrischem Interesse.

CHIARI.

8) **Clessin. Plötzlicher Tod durch grosse Thymusdrüse.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 11. 1898.*

Die Frage, ob eine Vergrösserung der Thymus plötzlichen Tod zur Folge haben könne, wurde bisher verschieden beantwortet. Die Fälle von Siegel, Lange und Weigert beweisen aber, dass durch die Thymus die Trachea hochgradig komprimirt werden kann. Cl. theilt nun einen selbstbeobachteten Fall mit, einen zweimonatlichen Knaben betreffend, der todt im Bette gefunden wurde. Die Section ergab eine grosse braunrothe Thymus, welche etwa $^2/_3$ des Herzens bedeckte und mit zahllosen hell- und dunkelrothen Petechien übersät war. Die Trachea war 2 cm oberhalb der Bifurcation so comprimirt, dass vordere und hintere Wand sich berührten. Am oberen Rand der Drüse ein fünfpfennigstückgrosser Bluterguss.

SCHECH.

9) **Otto. Ueber Thymus- und Pancreastuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Die Tuberculose der Thymus ist keineswegs so selten als man bisher glaubte; Otto fand 2mal unter 3 an Miliartuberculose gestorbenen Kindern in der Thymus miliare Käseherde mit Körnerzellen und Tuberkeln. SCHECH.

10) **Lochte. Ueber die epithelioide Umwandlung der Thymus.** *Münch. medic. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Bestätigung der Angaben von Sultan, dass während der Involution in der Thymus circumscripte drüsenschlauchähnliche epithelioide Wucherungen vorkommen. L. fand in zwei Fällen bei einem an Sepsis verstorbenen Manne und einem an Leukämie verstorbenen Mädchen eine totale epithelioide Umwandlung.

SCHECH.

11) **Otto Naegeli** (Zürich). **Die Combination von Tuberculose und Carcinom.** *Virchow's Archiv. Bd. 148. p. 435. 1897.*

Die 3 Beobachtungen des Verf.'s beziehen sich auf Erkrankungsprocesse am Darm. Von Interesse für uns ist einmal die Combination der beiden Erkrankungen überhaupt und zweitens der Umstand, dass in 2 von N.'s Fällen die Tuberculose nachweislich die ältere Erkrankung bildete. F. KLEMPERER.

12) **J. Gibb** (Philadelphia). **Differentialdiagnose der Geschwürsprocesse im Pharynx und Larynx.** *Med. chirurg. Centralblatt. No. 5 u. 6. 1898.*

Nichts Neues. G. beschreibt zunächst die klinischen Bilder der Syphilis, Tuberculose, sowie des Carcinoms und Lupus im Pharynx und Larynx. In schweren Fällen der Entscheidung empfiehlt derselbe die histologische Untersuchung und den Effect einer antiluetischen Behandlung, wobei G. aufmerksam macht, dass auch bei Fällen maligner Natur Jodkali öfters vorübergehend Besserung herbeiführt. CHIARI.

13) **J. Krzysztalowicz** (Krakau). **Koch's neues Tuberculin (TR) bei Lupus vulgaris.** *Wiener med. Wochenschr. No. 2. 1898.*

Verf. hält, wie die meisten, Lupus für eine tuberculöse Erkrankung und begann mit Dosen von $^1/_{500}$ mg fester Theile in physiologischer Kochsalzlösung und stieg bis maximum 3,0 mg. Im Verlaufe der Behandlung ersetzte K. die physiologische Kochsalzlösung durch 20 proc. wässerige Glycerinlösung. Die Dauer der Behandlung währte durchschnittlich 4 Monate, sodass mancher Patient im ganzen bis 20 mg fester Theile injicirt erhielt. Meist stellte sich in den nächsten Stunden Temperatursteigerung ein, manchmal mit Kopfschmerz, doch war am nächsten Tage wieder alles normal. Exanthem wurde niemals beobachtet. An den lupösen Herden trat anfangs die Reaktion nur sehr schwach auf, erst später begann um die Infiltrate und Knötchen reactive Röthung, die Ulcerationen heilten, Infiltrate zerfielen und schrumpften von der Mitte aus. Lymphdrüsen wurden constant kleiner. Bisher ist allerdings das Mittel überaus theuer. CHIARI.

14) **Petruschky** (Danzig). **Bemerkungen zu den Versuchen des Herrn Stabsarzt Dr. Huber mit Neutuberculin.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 12. 1898.*

Für ein kurzes Referat ungeeignet.

ZARNIKO.

15) **E. Lang** (Wien). **Die Resultate der operativen Lupusbehandlung.** *Wiener klin. Rundschau. No. 13. 1898.*

Von mehr dermatologischem und chirurgischem Interesse.

CHIARI.

16) **E. Spielmann** (Luhatschowitz). **Der Curort Luhatschowitz in Mähren.** *Med. chirurg. Centralblatt. No. 18 u. 19. 1898.*

Die therapeutische Anwendung des L. Mineralwasser, das bedeutende Mengen kohlensaurer und salzsaurer Alkalien und Erden, sowie fixe Kohlensäure, Lithion-Brom und Jodverbindungen und ansehnliche Mengen von Eisen enthält, ist eine mehrfache — geeignet zu Trinkcuren, Bädern, Umschlägen, sowie auch als Schnupf- und Gurgelwasser — vorzugsweise bei chronischen Krankheiten der oberen Luftwege.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **W. G. Nash. Angeborenes Fehlen des rechten Auges und Vorhandensein einer Nasenspalte. (Congenital absence of the right eye and fissure of the nose.)** *Lancet. 1. Januar 1898.*

Abbildung der Abnormität. Die rechte Augenspalte ist klein und enthält nur einen kleinen pigmentirten Körper von Erbsengrösse. Das rechte Nasenbein ist durch einen schmalen Spalt vom linken getrennt.

ADOLPH BRONNER.

18) **Kredel** (Hannover). **Die angeborenen Nasenspalten und ihre Operation.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 47. Bd. 2. u. 3. H. 1898.*

Bei einem 11 Wochen alten Kinde mit breiter medianer Nasen- und Oberlippenspalte war diese von einem grossen Tumor (Teratom) ausgefüllt. Im 1. Akt der Operation wurde die Lippenspalte vereinigt, die Nasenflügel mobilisirt und der Tumor entfernt, 16 Tage später wurden in einem zweiten Akte die Nasenhälften vereinigt und die Nasenwurzel verschmälert, dann die Nasenspitze nebst den Nasenflügeln und dem Septum gebildet. Ein $1^1/_2$jähriges Kind mit seitlichen Nasenspalten wurde ebenfalls durch Operation geheilt.

SEIFERT.

19) **Oettinger. Ein Fall von hereditär-syphilitischer Sattelnase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 24. 1898.*

8 Wochen altes Kind mit Sattelnase und Einziehungen der Nasenflügel und Septumperforation; deren Eltern scheinbar gesund.

SCHECH.

20) **Heidé. Substanzverlust im Gesicht gedeckt durch einen prothetischen Apparat. (Perte de substance de la face comblée par un appareil prothétique.)** *Académie de Médecine. 7. December 1897.*

Der 33jährige Patient, der heriditär syphilitisch ist, zeigt eine Perforation

des Gaumensegels, ferner eine Zerstörung der knorpligen Nasenscheidewand und Eingesunkensein der Nasenknochen.

PAUL RAUGÉ.

21) **H. L. Maitland** (Sydney N. S. W.). **Plastische Operation zur Herstellung der Nase. (Plastic operation for restoration of the nose.)** *Austral. Medical Gazette. 20. Januar 1898.*

Beschreibung der Operation; die Nase war durch ein Ulcus rodens zerstört worden.

A. J. BRADY.

22) **Loew. Ueber einen neuen Ersatz der verloren gegangenen knorpeligen Nase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1898.*

Vorstellung zweier Fälle, die von Bardenheuer operirt wurden. Bardenheuer benutzte zur Gerüstbildung der einen Nase einen Hautknochenlappen, welcher die beiden Nasenbeine enthält. Es wird zunächst ein circa 2 cm langer Schnitt quer über die Nasenwurzel geführt, welcher mit der Haut das Periost durchtrennt. Von den Enden des Schnittes wird je ein Schnitt nach unten und aussen geführt. Das Ende dieser beiden Schnitte liegt in der Höhe des unteren Randes der Apertura pyriformis. Die Schnitte bleiben vom seitlichen Rande der Apertura 2 cm entfernt. Nunmehr werden die Nasenbeine mit dem Meissel oben aus ihrer Verbindung losgelöst. Der ganze Hautknochenlappen wird von oben nach unten fortschreitend so weit abpräparirt, dass er um 180° gedreht, resp. heruntergeklappt werden kann. Der Lappen steht nunmehr nur noch durch die beiden Hautbrücken, welche seitlich der Apertur liegen, in Verbindung. Durch das Herunterklappen des Lappens sieht die Haut des Lappens in das Innere der Nase, während die Nasenbeine nach aussen liegen. Die Nasenbeine, welche normaliter einen nach unten und hinten gerichteten Winkel bilden, kehren diesen Winkel nun nach oben und vorne. Der Hautdefect wird durch einen gestielten Lappen aus der Stirne gedeckt, der Defect der Stirne aber durch Thiersch'sche Transplantation.

SCHECH.

23) **Saenger** (Magdeburg). **Ueber die Beziehung zwischen abnormer Weite der Nasenhöhlen und Erkrankungen der übrigen Luftwege.** *Centralblatt f. innere Medic. 11. 1898.*

Saenger macht darauf aufmerksam, in welcher Weise allzu grosse Weite der Nasenhöhlen bei Personen, welche durch ihren Beruf gezwungen sind, sich einen grossen Theil des Tages in mit Kohlenstaub erfüllter Luft aufzuhalten, auf die tieferen Theile des Respirationstraktus schädlich wirkt. In gleichem Grade wie beim Aufenthalt in staubiger Luft erweist sich eine allzu grosse Weite der Nasenhöhlen von Nachtheil beim Aufenthalt in kalter Luft. Gegen diese schädlichen Einwirkungen empfiehlt L. seinen Nasenobturator, der u. A. auch Radfahrern auf belebten staubigen Fahrwegen zu nützen vermag.

SEIFERT.

24) **Kamm** (Breslau). **Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der wichtigsten Nasenkrankheiten.** *Die ärztl. Praxis. 8. 1898.*

Kurze Bemerkungen über die Behandlung der adenoiden Vegetationen, der Nasenpolypen, der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand, der

Ozaenen, der Nebenhöhlenerkrankungen, des Nasenblutens und des Stockschnupfens.

SEIFERT.

25) **Sänger. Subjective Dyspnoe bei Trockenheit der Nasenschleimhaut sowie der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut.** *Münch. medic. Wochenschr. No. 15. 1898.*

Mittheilung eines Falles, der durch Ausspülungen mit verdünnter Jodglycerinlösung geheilt ward. Sänger meint, die Dyspnoe sei dadurch zu Stande gekommen, dass das Hindurchstreichen der Inspirationsluft durch die Nase in Folge der Trockenheit der Schleimhaut nur ungenügend empfunden wurde.

SCHECH.

26) **F. Magro** (Sevilla). **Ein Fall von tuberculöser Wucherung in der Nase. (Un caso de tuberculosis vegetante de la nariz.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practic. No. 560. 1898.*

Genannter Tumor, der histologisch untersucht wurde, hatte seine Insertionsstellen an der Nasenscheidewand und in dem Boden der Nasenhöhle rechterseits, mit unebener, granulirender Oberfläche. Auch in der linken Nasenhöhle fanden sich auf der Oberfläche der unteren Muschel einige kleine Knötchen.

R. BOTEY.

27) **P. Manasse. Ueber syphilitische Granulationsgeschwülste der Nasenschleimhaut, sowie über die Entstehung der Riesenzellen in denselben.** *Virchow's Archiv. Bd. 147. p. 23.*

Verf. berichtet über 5 Fälle von syphilitischen Tumoren in der Nase, die er auf der Klinik von Prof. Kuhn beobachtet und an denen er sehr sorgfältige mikroskopische Untersuchungen vorgenommen hat.

Die Geschwülste sind meist von glatter Oberfläche, seltener ulcerirt; sie kommen teils solitär, teils multipel vor und sitzen au den Muscheln, am Nasenboden, mit Vorliebe aber am Septum. Ihre Farbe ist grau bis roth. Sie sitzen der Schleimhaut theils mit einem Stiel, theils mit breiter Basis auf, haben eine weiche Consistenz und bluten nur mässig stark bei genauer Untersuchung oder Probeexcision. Verhältnissmässig oft fand Verf. das Septum perforirt; die Tumoren sassen dann am Rande der Perforation und zwar meist nach beiden Seiten hin auf. Ausgedehnte Caries fand Verf. nie, ebensowenig Foetor.

Dem Bau nach erwiesen sich die Tumoren als Granulationsgewebe; die Rundzellen lagen dicht bei einander, nur durch spärliche Intercellularsubstanz getrennt. Dazwischen fanden sich jugendliche Bindegewebszellen, die in richtige Spindelzellen übergingen. An diesen Stellen war das Zwischengewebe stärker entwickelt; auch derbe Bindegewebszüge kamen stellenweise vor. Als Zeichen regressiver Metamorphose fanden sich meistens, wenn auch in geringer Ausdehnung, theils käsige, theils hyaline Massen mit zahllosen Kerntrümmern. Andererseits erwies das Vorhandensein von Zellen, die grösser waren als gewöhnliche Rundzellen, und die sogen. epitheloiden Zellen glichen, das Bestehen hervorragender Wachsthumsneigung. In sämmtlichen Geschwülsten fand Verf. vielkernige Riesenzellen, die durch zahlreiche, ebenfalls kernhaltige Protoplasma-Ausläufer grobe Netze bildeten, in deren Massen Rundzellen und epitheloide

Zellen eingelagert waren. In 2 Fällen bildeten diese Riesenzellen circumscripte, auf dem Schnitt runde Gebilde, die an reticulirte Tuberkel erinnerten. Niemals aber wurden richtige Tuberkel mit centraler Verkäsung beobachtet, auch fehlten in allen Fällen Tuberkelbacillen. Die Bedeckung der Geschwülste, die theils aus geschichtetem Plattenepithel, theils aus feinem Cylinderepithel bestand, war offenbar dem Standort angepasst; auf einem Tumor fanden sich sogar beide Epithelarten, an den vorderen Partien Platten-, an den hinteren Cylinderepithel.

Die Tumoren, die Verf. als reine Bindegewebsgeschwülste auffasst, welche aus dem submucösen Bindegewebe hervorgehen, gleichen in hohem Maasse den Tuberculomen, von denen sie nur durch das Fehlen der richtigen Tuberkel mit centraler Verkäsung und der Tuberkelbacillen unterschieden sind. Das Vorhandensein arteriitischer Veränderungen, die M. in seinen Tumoren regelmässig constatirte, spricht für ihre luetische Natur; doch wurde Endarteriitis auch in den Tuberculomen der Nase von Chiari beobachtet.

Verf. kommt danach zu dem Schluss, dass die histologische Untersuchung seiner Tumoren nur feststellen konnte, „dass sie entweder tuberculöser oder syphilitischer Natur sind, wenn auch das Fehlen von Tuberkelbacillen und von Tuberkeln mit centraler Verkäsung, sowie das Vorhandensein der Arteriitis die Diagnose Syphilis wahrscheinlicher machen.“ Die Sicherung der Diagnose fällt der klinischen Beobachtung zu. In Betracht kommen als für die Syphilitis sprechend die Anamnese (Infection), das Vorhandensein sonstiger syphilitischer Erscheinungen im Rachen, an den Zähnen, in der Nase selbst (Perforation des Septums) u. s. w., dann das Freisein des Körpers, besonders der Lungen, von tuberculösen Erkrankungen und schliesslich der Erfolg einer specifischen Therapie.

Von M.'s Fällen war bei 3 die Diagnose noch zweifelhaft; bei diesen trat unter Jodkali theils vollständige Heilung, theils erhebliche Besserung ein. In den 2 anderen Fällen war durch Status und Anamnese die Diagnose auf hereditäre Lues zweifellos; von diesen beiden wurde der eine ebenfalls mit Erfolg behandelt, der andere wurde der Behandlung entzogen.

Bezüglich der Entstehung der Riesenzellen hat Verf. aus seinen Präparaten (von denen er einige sehr beweisende Abbildungen giebt) die Ueberzeugung gewonnen, dass dieselben aus den Gefässen und zwar vornehmlich aus den kleinen Venen hervorgehen. Das Material zu ihrem Aufbau liefern hauptsächlich die Endothelzellen, doch sind nach Verf. auch die farblosen Blutkörperchen dabei betheiligt.

F. KLEMPERER.

28) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ueber die Plica vestibuli und das Ansaugen der Nasenflügel. (Over de plica vestibuli en het aanzuigen der neusvleugels.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 909. 1898. Münch. medicin. Wochenschr. No. 26. 1898.*

G. kann den längeren Gebrauch des Feldbausch'schen Nasenöffners nicht empfehlen. Das Offenhalten der Rima vestibuli nasi (der engen Spalte zwischen Septum und Plica vestibuli) besorgt der M. Nasalis, durch Anspannung der Nasenflügel. Die regelmässige künstliche Anspannung derselben ist nicht ge-

eignet, die notwendige Uebung der Nasenmuskeln zu fördern. Auch lieben die meisten Patienten, nach G.'s Erfahrung, den Obturator nicht. G. hat gemerkt, dass bei Säuglingen die äussere Nasenöffnung einen ziemlich harten und schwer dicht zu drückenden Ring darstellt, und er hat seit Jahren in einschlägigen Fällen seine Patienten sich 2—6 mm lange, 10—14 mm starke Kautschukringe ganz vorne in die Nase legen lassen. Die Ringe sollen nicht zu stark sein, und nur so viel Spannung verursachen, dass sie nicht herausfallen. Mit diesen Ringen sind seine Patienten immer sehr zufrieden gewesen.

Die Plica vestibuli verläuft bei Affen als Fortsetzung der unteren Muschel bis vorn in die Nase horizontal.

H. BURGER.

29) **Jankau** (München). **Ein neuer Nasenöffner und Inspirator.** *Illustr. Monatsschrift d. ärztl. Polytechnik. März 1897.*

Der von Jankan angegebene Nasenöffner besteht aus ausgehöhltem Hartgummi, ist 1,25—1,5 cm lang, im breitesten Durchmesser $^3/_4$ cm, von kugelförmiger, konischer oder eiförmiger Gestalt. Es befindet sich eine $^1/_2$ cm grosse Oeffnung an seiner Spitze und eine zweite erbsengrosse an der Seite. Dieser Nasenöffner wird so in den Naseneingang eingeführt, dass letztere Oeffnung nach abwärts sieht und das ganze Instrument im Naseneingang versteckt liegt.

SEIFERT.

30) **Mendel** (Paris). **Physiologie und Pathologie der Nasenathmung. (Physiologie et pathologie de la respiration nasale.)** *Académie de Médecine. 1. Mai 1897.*

Verf. erweist durch physikalische Untersuchungen, dass die Nasenathmung der Lunge mehr Luft liefert, als die Mundathmung. Die Verstopfung der Nasenpassage verursacht daher klinisch thatsächlich eine chronische Sauerstoffverarmung des Blutes (Anoxyhaemie). Von dieser leitet sich nicht nur der adenoide Symptomencomplex beim Kinde ab, sondern auch manche Krankheitszustände der Erwachsenen, deren wirkliche Ursache im allgemeinen verkannt wird, wie Anaemie, Neurasthenie, nervöse Depression, Asthma.

PAUL RAUGÉ.

31) **R. A. Wright. Nasenathmung. (Nose breathing.)** *Alabama Medical and Surgical Age. September 1897.*

Verf. bespricht die Bedeutung der Nasenathmung, sowie die Ursachen und Folgen der Mundathmung.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

32) **Lermoyez u. Boulay** (Paris). **Insufficienz und Verstopfung der Nase. (Insuffisance et obstruction nasales.)** *Presse Médicale. No. 49. 1897.*

Die nasale Verstopfung hat zur unvermeidlichen Folge die Athmung durch den Mund, welche antiphysiologisch ist. Die Inspiration und Exspiration können in gleicher Weise behindert sein; bisweilen ist die Exspiration stärker gestört (Schwellungen der Choane wirken wie Ventile).

Die Folgen der nasalen Verstopfung sind sehr zahlreich:

1. Anhäufung der Nasensecrete, die sich zersetzen und fötide werde.
2. Herabsetzung des Geruchs, bisweilen vollständige Anosmie.

3. Phonationsstörungen (Näseln; linguale, labiale und palatine Dyslalie).
4. Schluckstörungen, besonders bei Säuglingen.
5. Gehörstörungen (Taubheit, Ohrensausen) infolge mangelhafter Lüftung der Tube.
6. Sehstörungen (Beschränkung des Gesichtsfeldes, Asthenopie, Flimmerscotom, Iritis) durch Störungen der Circulation in den Gefässen der Orbita.
7. Nervöse Störungen: a) Schlaflosigkeit, b) Neurasthenie, c) Kopfschmerz, d) Aprosexie (Guye).
8. Entwicklungshemmung in der Skelettbildung a) am Gesicht (Atrophie des Oberkiefers, Deviation des Septums), b) am Thorax (Kielbrust), c) an der Wirbelsäule (Skoliose).

PAUL RAUGÉ.

33) **George A. Leland. Nasenverstopfung und ihre Beziehung zu Ohrenerkrankung. (Nasal obstruction with reference to aural disease.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 26. August 1897.*

Die Symptome von Seiten der Ohren sind:
1. Ein Gefühl von Druck im Ohre, wie wenn ein Pfropf darin steckte.
2. Taubheit in Folge von Fixation der Knöchelchen durch einfachen Druck auf den M. T.
3. Ohrenklingen.
4. Schmerz.
5. Erguss im Mittelohr.
6. Ausfluss.

Die Behandlung muss die nasale Verstopfung beseitigen, damit die Function der Eustachi'schen Röhre wieder ungestört wird. Dazu müssen die Wucherungen aus dem Nasenrachen entfernt werden und zwar nicht nur aus der Mitte und der Wölbung desselben, sondern — was oft übersehen wird — auch von den Seiten desselben.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

34) **Lacoarret. Angeborener membranöser Verschluss der hinteren Partie der Nase. (Occlusion membraneuse congénitale de la partie postérieure du nez.)** *Annales de la Polyclinique de Toulouse. No. 3. März 1898.*

Der Fall betrifft eine junge Krankenschwester, bei der die rechte Choane durch eine nach unten concave Membran unvollständig verschlossen war.

E. J. MOURE.

35) **Gradenigo. Ein neuer Fall von angeborenem vollständigem knöchernem Verschluss der rechten Choane. (Sur un nouveau cas d'imperforation osseuse congénitale de la choane droite.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 3. März 1897.*

Junger Mann von 18 Jahren mit knöchernem Verschluss 1 cm vor dem freien Rand der Choane. Die Verschlusswand hatte die Form eines Infundibulums mit vorderer Oeffnung. G. perforirte den Boden desselben mit einem starken Troicart und erhält das angelegte Loch durch Gazetampons offen.

E. J. MOURE.



36) **J. Homer Coulter. Die Chirurgie der Luftwege bei Kindern. (Surgery of the air passages in children.)** *N. Y. Med. Record. 23. October 1897.*

Verf. spricht über die Bedeutung der Stenosirung der obersten Luftwege bei Kindern. Die häufigste ist die nasale Verstopfung und zwar nicht nur die im postnasalen Raum gelegene, durch adenoide Massen bedingte, sondern ebenso sehr die Verengerung der vorderen Nase. Die schlimmen Folgen dieser Stenosen sind jetzt bekannt. Die Eltern müssen über diesen Punkt aufgeklärt werden und ebenso darüber, dass die operative Beseitigung der Stenose bei dem heutigen Stande der Chirurgie durchaus nichts Schreckhaftes mehr hat. Jede nasale Verstopfung kann leicht Verbiegung des Septums im späteren Leben bedingen und schon aus diesem Grunde soll sie beseitigt werden.

LEFFERTS.

37) **P. Peláez** (Granada). **Rinolith, verborgen im Recessus naso-ethmoidalis und im Sinus sphenoidalis. (Rinolito alojado en el recessus naso-etmoidal y en el seno esfenoidal.)** *Gacet. Med. de Granada. No. 346. 1897.*

In P.'s Falle handelt es sich um einen 50jährigen Mann, der früher häufig an eitriger Secretion aus der Nase gelitten hat. Einige kleine Rhinolithen werden von dem Patienten durch die Mundhöhle ausgestossen, die grössere Masse aber konnte erst nach Erweiterung der Oeffnung des Sinus sphenoidalis entfernt werden.

R. BOTEY.

38) **Bark. Nasensteine. (Rhinolithes.)** *Rev. hebdom. de laryng. etc. No. 42. 16. October 1897.*

Verf. beobachtete einen 2 g schweren Nasenstein, dessen Kern eine Bleistiftspitze bildete. Die Rhinolithen sind theils frei, theils eingekapselt. Ihren Ausgangspunkt bildet entweder ein von aussen stammender Fremdkörper oder ein abnormes Secretionsproduct der Nasenschleimhaut.

E. J. MOURE.

39) **S. W. Canuthers. Entfernung eines Fremdkörpers aus der Nase nach 23 Jahren. (Removal of foreign body from the nose after 23 years.)** *Brit. Med. Journ. 12. Februar 1898.*

30 Jahre alte Frau; seit ihrem 7. Jahre an Schmerzen, Ausfluss und häufigem Bluten aus der Nase leidend, 3mal wegen Nasenpolypen operirt. Ein kirschengrosser Stein wurde entfernt.

ADOLPH BRONNER.

40) **Fr. Magro** (Sevilla). **Einige Betrachtungen über die Empyeme der Nasennebenhöhlen. (Algunas consideraciones sobre los empiemas de loo senos de la nariz.)** *Revista de Medic. y Cirug. pract. No. 527. 1897.*

Verf. ergeht sich in Betrachtungen über die Behandlung und Heilung acuter und chronischer Eiterungen der Nasennebenhöhlen. Für letztere hält er einen energischen chirurgischen Eingriff, wie Trepanation, Resection, Drainage etc. für unumgänglich.

R. BOTEY.

41) **Rafin** (Lyon). **Trepanation der Stirnhöhle. (Trépanation du sinus frontal.)** *Soc. des Sciences médicales de Lyon. 26. Mai 1897.*

Intracerebraler Abscess infolge von Stirnhöhlenentzündung. Neuritis optica.

Nach Trepanation der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen trat eine grosse Menge Eiter hervor. Der Zustand besserte sich zuerst, dann traten epileptiforme Anfälle ein mit vorwiegender Beteiligung der rechten Seite. Trepanation. Heilung.

PAUL RAUGÉ.

42) **A. Alexander** (Berlin). **Die Schleimhautcysten der Oberkieferhöhle.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 1. 1897.*

Verf. berichtet über 6 Fälle von Schleimhautcysten der Oberkieferhöhle, die in der Fraenkel'schen Poliklinik zur Beobachtung kamen. Er bespricht eingehend die pathologische Anatomie und die Aetiologie dieser Cysten, die den Schleimpolypen der Nasenschleimhaut nahe stehen und, wie diese, das Product eines Entzündungsvorganges sind. Die Symptome sind nicht characteristisch. Die Cyste kann theils symptomenlos bleiben, theils bestehen die allgemeinen Symptome der Erfüllung des Antrum mit fremdem Inhalt. Die Durchleuchtung ergiebt keine zuverlässigen Resultate.

F. KLEMPERER.

43) **Geo. T. Ross. Neurosen des Nasenrachenraums. (Neuroses of the nasopharynx.)** *Canada Med. Record. Juni 1897.*

Alle möglichen Ursachen des Reizzustandes, wie Spinen, Geschwülste etc. sollen entfernt werden. Wenn einfach ein neurotischer Zustand vorliegt, sind Eisen, Arsen und ähnliche Medicamente angezeigt, ferner kräftigende Diät, Schonung etc.

FROTHINGHAM (LEFFERTS).

44) **Berger** (Paris). **Geheilter Fall von Nasenrachenraumpolypen. (Polype nasopharyngien guéri.)** *Société de Chirurgie. 9. Juni 1897.*

Vorstellung eines vor 10 Jahren durch Incision am Gaumen und Cauterisationen operirten Patienten. Der Tumor ist vollständig beseitigt.

PAUL RAUGÉ.

45) **Buerkel** (München). **Neue Beiträge zur Casuistik der operativen Behandlung der Schädelbasisfibrome.** Dissert. Würzburg. 1897.

Bericht über 2 Fälle, welche von Schönborn durch Spaltung des weichen und harten Gaumens nach vorheriger Tracheotomie entfernt wurden. Heilung.

SEIFERT.

46) **Hopmann. Zur Operation der harten Schädelgrundpolypen (Basisfibrome bez. Fibrosarcome) nebst Bemerkungen über Nasenpolypen.** *Münch. medicin. Wochenschr. No. 21. 1898.*

Die Basisfibrome zeichnen sich besonders durch ihre Neigung zu Blutungen aus. Hopmann operirte sie früher durch seitliche Abklappung der Nase und Abtragen mit der Glühschlinge. Jetzt schafft er sich durch Anspannen des Velum einen bequemeren und geräumigen Weg zur Geschwulst, bringt unter Führung des Fingers Elevatorien, Respiratorien und scharfe Löffel an die Geschwulst und hebelt und curettirt sie mit dem Knochen heraus. Zur Anspannung des Velum benutzt jetzt H. einen einzigen Schlauch, dessen Enden mit einem Metallknopfe verschlossen je rechts und links in die Nase ein und zum Munde herausgeführt wer-

den. Die Operation geschieht in tiefer Narcose und bei hängendem Kopfe. Details und Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. SCHECH.

47) **Jordan. Die operative Entfernung der Fibrome der Schädelbasis (nebst Mittheilung zweier nach neuer Methode operirter Fälle).** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 21. 1898.*

Obwohl die Schädelbasisfibrome sich gerne mit dem 15. Jahre von selbst zurückbilden, wird doch nicht selten ihre operative Entfernung nothwendig. Jordan operirte 2 Fälle durch eine combinirte Methode, nämlich durch die Combination der temporären Kiefer- und Nasenresection; welche sehr gute Resultate ergab. SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

48) **Habart** (Wien). **Tumor der linken Wange.** Wissenschaftl. Verein d. k. u. k. Militärärzte d. Garnison Wien. Sitzung vom 8. Januar 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1898.*

Es handelte sich um ein petrificirtes Enchondrom. CHIARI.

49) **B. v. Dzierzawski. Frenula labiorum lateralia, ein Beitrag zur Anatomie der Mundhöhle und zur Pathogenese der Verschwärung der Mundhöhlenschleimhaut.** *Virchow's Archiv. Bd. 147. p. 562.*

Der Inhalt dieser Mittheilung ist bereits in dem Referate No. 66 S. 80 dieses Bandes wiedergegeben. F. KLEMPERER.

50) **von Stubenrauch. Phosphornekrose des Unterkiefers.** *Münchener medic. Wochenschr. No. 8. 1898.*

Vorstellung einer Kranken im ärztlichen Verein; dieselbe hatte 5 Jahre in einer Zündholzfabrik gearbeitet; die Krankheit begann mit einer Parulis in der rechten Unterkiefergegend. SCHECH.

51) **Oscar Prym. Zur Casuistik der gutartigen centralen Epithelialgeschwülste der Kieferknochen.** *Virchow's Archiv. Bd. 148. p. 93. 1897.*

Verf. berichtet ausführlich über eine centrale Geschwulstbildung im Kiefer von epithelialem und dabei relativ gutartigem Charakter. Fälle dieser Art, die bei weiterer Entwicklung zum multioculären Cystom führen, sind selten, bisher sind etwa 20 beschrieben worden. F. KLEMPERER.

52) **v. Oefele** (Bad Neuenahr). **Appetitmangel, eine Folge von Parageusie behandelt mit Gymnema.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 4 u. 5. 1898.*

Patienten, die angeben, dass sie unter unangenehmen Geschmacksempfindungen leiden, verordnet Verf. die von Roll in Edenkoben dargestellten Gymnema Kautabletten — vor den Mahlzeiten zu gebrauchen — mit angeblich günstigstem Erfolge. Verf. betont ausdrücklich, dass er hiermit kein Medicament einführt, sondern nur einen höchst nützlichen Toilettegegenstand für den Mund. CHIARI.

53) **R. S. Anthony. Speichelfistel seit 30 Jahren bestehend, durch Operation geheilt. (Salivary fistula of 30 years standing; operation; cure.)** *Brit. Med. Journal. 15. Januar 1898.*

60jähriger Mann mit einer kleinen Fistelöffnung im unteren Theil des oberen Carotisdreiecks. Dieselbe besteht seit der Operation eines Tumors am Halse, die vor 30 Jahren gemacht wurde. A. führte eine Sonde in den Fistelgang ein und legte etwa 4 cm hinter der Mündung desselben eine Ligatur an; dann wurde der Gang gespalten, ausgekratzt und vernäht. Die Wnnde heilte ohne Recidiv der Fistel.

ADOLPH BRONNER.

54) **Thomas Harris** (Manchester). **Ein Fall von Mundtrockenheit. (A case of xerostomia.)** *American Journ. of Med. Sciences. März 1898.*

Die Affection die ziemlich selten ist, besteht bei der 30jährigen Patientin seit 3 Jahren. Beide Parotiden sind geschwollen, die Sublingual- und Submaxillardrüsen aber nicht vergrössert. Pat. hat alle Zähne verloren und trägt ein falsches Gebiss. Der Geschmackssinn ist mangelhaft, der sonstige Gesundheitszustand gut. Die Behandlung mit Jaborandi, Jodkali, Tonicis und Electricität hatte keinen Erfolg.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

55) **A. J. Sharp. Ueber einen Fall von Xerostomie. (Notes on a case of xerostomia.)** *Lancet. 23. April 1898.*

41jährige Frau klagt seit 18 Monaten über Trockenheit im Munde. Die Schleimhaut der Lippen und Wangen, der Zunge und des Gaumens ist blass und glasig. Die Pat. bekommt Quecksilberjodid. Der Zustand bessert sich.

ADOLPH BRONNER.

56) **Bernhard** (Zürich). **Vortrag über Stomatitis ulcerosa.** Autoreferat in *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 6. 1898.*

Verf. machte mikroskopische Untersuchung an den stomatitischen Geschwüren und fand beständig einen Bacillus und einen Spirochaeten, welche er jedoch nicht sicher als den wirklichen Krankheitserreger betrachtet. Er hebt ferner die häufige Ergriffenheit der Tonsillen durch stomatitische Geschwüre hervor, die auch allein befallen sein können und nur einseitig auftritt. Er nennt diese Fälle Angina ulcerosa. Die Behandlung ist diejenige der Stomatitis.

JONQUIÈRE.

57) **Danlos. Leucoplasie bei secundärer Syphilis. (Leucoplasie syphilitique secondaire.)** *Société franç. de Dermatol. et de Syphiligr. 10. März 1898.*

Die Leucoplasie ist bisher nur als tertiäre Erscheinung bekannt. Der D.'sche Kranke, der 20 Jahre alt ist, bietet die gewöhnlichen Symptome der vollentwickelten secundären Syphilis (Plaques muqueuses, Roseola u. a. m.) und dabei Veränderungen vom Aussehen der Leucoplasie. An der Innenseite der Wangen, an den Rändern und auf der Fläche der Zunge hat er kleine rundliche opake Flecken, theils einzeln stehend, theils in Gruppen. Dieselben ragen nicht hervor und haben keinen Entzündungshof. Sie erinnern an das Bild des Lichen auf der Schleimhaut; doch fehlen die dem Lichen eigenthümlichen Strichelchen und auf der Haut ist nichts von Lichen zu sehen.

Es scheint danach, als ob es sich um eine syphilitische Leucoplasie handelte, die ausnahmsweise in dem secundären Stadium aufgetreten ist.

Ueber den weiteren Verlauf kann Verf. nichts vorhersagen, da ähnliche Beobachtungen nicht vorliegen. Er vermuthet aber, dass die Eruption ebenso vorübergehend sein wird, wie alle anderen secundären Erscheinungen und nicht den hartnäckigen Charakter der tertiären Processe darbieten wird. PAUL RAUGÉ.

58) **A. Rosenberg** (Berlin). **Pharyngologische Mittheilungen.** *Berliner klinische Wochenschr. No. 18. 1898.*

1. Leukoplakia pharyngis non specifica. Bei einem etwa 40jähr. Herrn an den Tonsillen, den Gaumenbögen, dem Velum und der Uvula weisse Flecken, die auf den ersten Blick den Eindruck sysphilitischer Plaques machten, bei genauerem Zusehen aber doch deutliche, in der Epikrise näher beleuchtete Unterschiede von solchen aufwiesen. Auch blieb eine Jodkalicur gänzlich ohne Wirkung. Probecurettement gelang nicht. Aetzung mit Chromsäure in Substanz führte innerhalb 14 Tagen dauernde Heilung herbei. Verf. bezeichnet die Erkrankung als Leukoplakie, wenn er auch nicht nachweisen konnte, dass die dieser Krankheit eigenthümlichen histologischen Veränderungen (Rundzelleninfiltration, Verdickung und Verhornung des Epithels) vorlagen. 2. Zwei Fälle von Rachenblutung. Im ersten Fall 9 Tage nach überstandener Diphtherie stärkere Blutungen aus dem Halse einer 30jährigen Frau. Nach weiteren fünf Tagen sah Verf. die Kranke, fand die Quelle der Blutung in einer Krypte der rechten Tonsille und stillte sie durch Application des Galvanokauters. Er vermuthet, dass ein geplatztes kleines Aneurysma vorgelegen hat. — Der zweite Fall betraf eine 56jährige Frau, die seit 10 Jahren über Schmerzen im Halse rechts, die nach den Ohren hin ausstrahlten, klagte. 1890, 1896 und zuletzt 1898 starke Blutungen (bis zu 1 Liter) aus dem Munde, wonach die Schmerzen für eine Zeit lang aussetzten. Befund: an der Vorderfläche des rechten hinteren Gaumenbogens ein über stecknadelkopfgrosse runde Gefässerweiterung. Bei Würgbewegungen sieht man an der hinteren Fläche des Arc. pharyngopalatin. und an der rechten Seitenwand des Rachens einen ca. 2 cm langen, $^1/_2$ cm breiten, 1 cm tiefen ovoiden, an der Oberfläche höckerigen, körnigen, dunkelblauen Tumor, der aus erweiterten Venen besteht, also ein Varix ist. ZARNIKO.

59) **Stetter** (Königsberg). **Beitrag zur Glossitis papillaris und tuberculosa.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 56. Bd. 2. Heft. 1898.*

Bei 3 Frauen und einem Manne beobachtete Stetter Hypertrophie der Papillae circumvallatae, welche Brennen und Stechen im Halse, verbunden mit fortwährenden Hustenreiz verursachte. Mit dem Messer wurden die kleinen Geschwülstchen im Niveau der Zunge abgeschnitten. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um harte Papillome der Zungenschleimhaut handelte. In einem weiteren Falle, betreffend einem 45jährigen Manne, fand sich ebenfalls solche warzenartige Papillomhypertrophie und zwar in ganz auffallender Weise an der Spitze der V bildenden Pap. circumvallatae. Dieselbe stellte einen etwa erbsengrossen mit intacter Schleimhaut überzogenen Tumor dar, bei dessen Unter-

suchung sich Tuberkel fanden. St. nimmt hier eine secundäre Infection der Zunge an, weil verhältnissmässig schnell die Lungenphthise deutlich wahrnehmbar wurde.

SEIFERT.

60) **Seifert** (Würzburg). **Die Syphilis der Zungentonsille.** *Arch. f. Dermat. u. Syph. Festband z. Ehren v. Pick. 1898.*

Seifert betont von Neuem, dass die Zungentonsille an den syphilitischen Process im Racheu in einer grossen Anzahl von Fällen Antheil nimmt, jedenfalls häufiger als von den meisten Autoren angenommen wird. Gegenüber Lewin und Heller sowie von Skladny kann er die glatte Atrophie des Zungengrundes nicht als einen für Syphilis charakteristischen pathologischen Process auffassen.

Autoreferat.

61) **E. Ullmann. Zungenbeinerkrankung.** K. k. Gesellschaft d. Aerzte in Wien. 25. Februar 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1898.*

Exstirpation des Zungenbeins in toto wegen Caries. Patient konnte bald darauf normal schlingen. Das Larynxbild ausser geringer Schwellung des linken Stimmbandes normal.

CHIARI.

62) **Delbanco. Ueber congenitales Sarcom der Zunge.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 3. 1898.*

Die von dem von dem vorderen linken Zungenrand eines 14 tägigen Kindes stammende Geschwulst zeigte eine harte sarcomatöse spindelzellige Infiltration des intermusculären Bindegewebes mit secundärer Degeneration der eingeschlossenen quergestreiften Muskelfasern.

SCHECH.

63) **H. Butlin. Ueber die Wirkungen der Operation bei Zungenkrebs. (What operation can do for cancer of the tongue.)** *British Med. Journal. 26. Februar 1898.*

Ein Abdruck der vor der Hunterian Society am 23. Februar gehaltenen Hunterian lecture: wird anderswo referirt.

ADOLPH BRONNER.

d. Diphtheritis und Croup.

64) **Simonin u. Benoist. Die Identität der Diphtherie- und Pseudodiphtherie-Bacillen. (Identité des bacilles et des pseudo-bacilles diphthériques.)** *Soc. de Biologie. 8. Januar 1898.*

Die Verff. schliessen sich der Meinung von Roux und Martin an. Sie experimentirten mit Bacillen, die aus dem Hals von Nicht-Diphtheritischen, welche in diphtheritischer Umgebung lebten, gezüchtet waren. Von 12 Proben erzeugten 5 nur ein vorübergehendes Oedem bei Meerschweinchen. Die Mehzahl der Bacillen gehörte der kurzen Form an.

PAUL RAUGÉ.

65) **Eugen Czaplewski** (Königsberg i. Pr.). **Die ätiologische Bedeutung des Löffler'schen Bacillus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4, 6. 1898.*

Dr. Arthur Hennig in Königsberg hatte in einer Abhandlung („Welchen

Werth hat der Diphtheriebacillus für die Praxis?" Volkmann's Sammlung. N. F. No. 157) behauptet, dass der Löffler'sche Bacillus nicht als der specifische Erreger der Brétonneau'schen Diphtherie anzusehen sei und dass seine Entdeckung für die Praxis vollkommen gleichgiltig sei. Er hatte dazu u. a. bakteriologische Untersuchungen benutzt, die Czaplewski für ihn ausgeführt hatte. Cz. weist nun nach, dass H. hierbei allerhand Verwechselungen und Missdeutungen untergelaufen sind und kommt zu dem Schlusse, dass auch seine Ergebnisse für die Specificität des Bacillus sprächen und dass Nachforschungen nach diesem Bacillus für die Praxis heute unentbehrlich seien.

ZARNIKO.

66) **C. H. H. Spronck** (Utrecht). **Eine neue Culturflüssigkeit für die Bereitung von Diphtheriegift. (Een nieuwe cultuurvloeistof voor de bereiding van diphtheriegif.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 652. 1898.*

Diese Flüssigkeit ist ein peptonisirtes Gist-Decoctum, in welchem der Diphtheriebacillus schnell wächst und auf dem er ein starkes weisses Fliess bildet. Die Flüssigkeit bleibt alkalisch, und die Bildung des Toxins geht schnell und regelmässig vor sich. Der Bacillus giebt in derselben ein weit kräftigeres Gift wie in Fleischbrühe, die man vorher hat gähren lassen; sie ist 5mal billiger wie diese. Auch sind die Vortheile der Vermeidung der Fleischgährung einleuchtend.

H. BURGER.

67) **Charles J. Renshaw. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1898.*

R. impfte Katzen mit einer diphtheritischen Membran; die Thiere starben; die Membranen hatten sich auf den Schleimhäuten, auf die sie überimpft waren, erheblich ausgebreitet. Membranstücke von denselben Patienten, die in gesättigten Lösungen von Kalium hypermanganicum oder in Hypochlorsäure gelegen hatten, erwiesen sich als wirkungslos. Auch die Membran von einem Falle von membranösen Croup ergab ein negatives Resultat.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

68) **H. Barbier** u. **Tollemer. Generalisation des Diphtheriebacillus und Mischinfection. (Généralisation du bacille diphthéritique et associations microbiennes.)** *Soc. méd. des Hôpitaux. 14. Januar 1898.*

Die Verff. haben durch weitere Untersuchungen ihre früheren Befunde bestätigt gesehen. Sie haben seither 6 neue Autopsien gemacht und den Diphtheriebacillus 2mal in Drüsen, 1mal in der Milz, 1mal im Blute (positive Impfung), 1mal im Bulbus und 1mal in der Protuberanz gefunden.

Die Verff. impften den Diphtheriebacillus gleichzeitig mit Streptokokken

1. auf die Mundschleimhaut bei der Taube. Die auf diese Weise erzeugte Angina war viel intensiver, als die rein diphtheritische Angina.

2. unter die Haut beim Meerschweinchen. Die locale Veränderung war schwerer, als bei blosser Verimpfung von Diphtheriebacillen; auch fanden sich Streptokokken in der Milz. Diese neuen Versuche erweisen den schädlichen Einfluss der Mischinfection bei Diphtherie.

PAUL RAUGÉ.

69) **H. Barbier** (Paris). **Die klinischen Formen der Diphtherie. (Sur les formes symptomatiques de la diphthérie.)** *Société méd. des Hôpitaux. 21. Jan. 1898.*

B.'s Ausführungen basiren auf der klinischen Beobachtung und der bakteriologischen Untersuchung von 224 Fällen von Diphtherie, die er in Gemeinschaft mit Ullmann im Hôpital Trousseau behandelt hat. Er unterscheidet 3 klinische Formen:

1. Reine Diphtherie. Diese Form, die im Thierexperiment realisirt wird, ist beim Menschen ziemlich selten, weil derselbe für Diphtherie nicht sehr empfänglich ist und deshalb der Boden durch eine vorhergehende Entzündung (Masern, Scharlach, Vesicatorenwunde) vorbereitet sein muss. Die klinischen Zeichen dieser reinen Form sind:

a) Blässe der Schleimhaut und Fehlen der muco-purulenten Secretion.
b) Fehlen der Drüsenschwellung.
c) Geringe oder fehlende Albuminurie.
d) Geringes oder kein Fieber.
e) Starke Pulsbeschleunigung.
f) Blasser, bleifarbener Teint.

Das allerwesentlichste Kennzeichen aber ist die Reaction auf Serum: die reine Diphtherie heilt in 2 3 Tagen, stets, welche Ausdehnung und Localisation die Membranen auch haben. Die einzige Gefahr dieser Form ist die pseudo-membranöse Bronchitis, die nicht nur an sich sehr ernst ist, sondern auch die septische Infection begünstigt.

2. Bakteriologisch reine Diphtherie mit Complicationen. Bei dieser Uebergangsform bestehen entzündliche Complicationen von Seiten der Ohren, des Halses etc.

3. Modificirte oder gemischte Diphtherie. Es besteht eine Combination mit septischen Mikroben, die das Krankheitsbild modificirt. Nach der Schwere der Erkrankung unterscheidet Verf.

a) die gutartigen Mischformen mit geringen septischen Erscheinungen und
b) die malignen gemischten Diphtherien, die das Bild der Sepsis bieten und bis zu einer Mortalität von 69 pCt. gehen. Bei diesen muss mit der Serotherapie stets noch eine antiseptische Behandlung verbunden werden.

PAUL RAUGÉ.

70) **Guillemant. Die Diagnose der diphtheritischen Angina. (The diagnosis of diphtheritic angina.)** *N. Y. Med. Record. 26. Februar 1898.*

G. spricht über den gegenwärtigen Stand der bakteriologischen Diagnose der Diphtherie und kommt zu dem Resultate, dass die Würdigung des klinischen Bildes für die Diagnose und Prognose noch immer ihren Platz behauptet.

LEFFERTS.

71) **O. Schellong. Ueber das Vorkommen und die Verbreitung der Diphtherie in den Tropen.** *Virchow's Archiv. Bd. 126. p. 99.*

Eine statistische Studie, als deren Resultat Verf. die Thatsache hinstellt,



dass die Diphtherie in den Tropen eine ausserordentlich geringe Verbreitung erfährt, nur hier und da sporadisch erscheint und sich durch einen milden Verlauf auszeichnet. Bei der Verbreitung der Diphtherie kann danach die Bodenfeuchtigkeit keine hervorragende Rolle spielen.

F. KLEMPERER.

72) **Strassburger** (Bonn). **Prof. Escherich und die Diphtherie in Bonn.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 4. 1898.*

Zurückweisung des von E. gegen St. erhobenen (Wiener klin. Wochenschr. 1897. No. 52) Vorwurfes, dass St. absichtlich eine ihm nicht genehme literarische Thatsache unterdrückt habe. In einer Nachschrift legt E. sein Schlusswort nieder, indem er seine anfängliche Behauptung wiederholt.

CHIARI.

73) **Daut** (Wien). **Ueber die Beziehungen des Status lymphaticus zur Diphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 47. Bd. 2. u. 3. Heft. 1898.*

Der Status lymphaticus prädisponirt wohl zur Diphtherie, besonders zum gefährlichen Verlaufe derselben und bildet in vielen Fällen die einzige Erklärung der Todesursache.

SEIFERT.

74) **Laing Gordon. Ein Fall von Diphtherie mit extremer Bradycardie. (Case of diphtheria with extreme bradycardia.)** *British Med. Journal. 8. Januar 1897.*

20jähriger Mann erkrankte am 20. September. Am nächsten Tage Diphtherie der Nase und Tonsillen deutlich. Erhält an 2 aufeinanderfolgenden Tagen im Ganzen 3000 I. E. injicirt. Am 26. September 40 Pulse, am nächsten Tage 24 mit 12 Athemzügen in der Minute; Patient starb am Abend.

ADOLPH BRONNER.

75) **Henry D. Chapin. Klinische Beobachtungen über das Herz und die Circulation bei Diphtherie. (Clinical observations upon the heart and circulation in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 15. Januar 1898.*

An einer Anzahl von Krankengeschichten erläutert Verf. die grosse Bedeutung des Herzens für den Verlauf der Krankheit. Während derselben und in der Reconvalescenz muss das Herz aufs sorgsamste überwacht werden. Reagirt das Herz auf Stimulantien, so liegt die Prognose relativ günstig. In den ganz schweren Fällen üben die Anregungsmittel keine Wirkung aus. Am besten haben sich von diesen bewährt besonders der Alkohol, dann Strychnin, Nitroglycerin und in einigen Fällen Digitalis. Wenn Erbrechen eintritt mit Blässe und Benommenheit, müssen häufige Subcutaninjectionen gemacht werden, da der Magen doch nichts behält.

Nicht selten gehen die Kinder, die sich nicht in ruhiger Bettlage halten lassen, infolge ihrer Unruhe zu Grunde. Kleine Dosen von Morphin, subcutan gegeben, können hierbei von wesentlichstem Nutzen sein, indem sie das Herz vor Uebermüdung bewahren.

LEFFERTS.

76) **G. Scagliosi. Ueber die Veränderungen des Herzmuskels bei Diphtherie.** *Virchow's Archiv. Bd. 126. p. 115.*

Literarische Zusammenstellung der bisherigen Befunde. Verf. selbst hat

6 Herzen von Diphtheriekindern untersucht; die gefundenen Veränderungen, die Verf. auf die Einwirkung des Diphtheriegiftes zurückführt, sind die der degenerativen Myocarditis parenchymatosa; die interstitiellen Entzündungserscheinungen sind sehr gering.

F. KLEMPERER.

77) **Flesch** (Frankfurt a. M.). **Seltener Sectionsbefund bei einem an Diphtherie verstorbenen Kinde.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 6. 1898.*

Als Todesursache waren in dem betr. Falle nicht Herzlähmung, sondern multiple Lungenembolie, als deren Quelle vermuthlich Thromben in der Vena jugularis, veranlasst durch Geschwürsbildungen im Rachen, anzusehen.

SEIFERT.

78) **Hagenbach, Burkhardt, Lotz** (Basel). **Ueber Diphtherieprophylaxe.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 3. 1898.*

Dreiercommission zur Berathung der Frage für Basel.

Vorschläge: Vor Allem Schutzimpfung mit durchschnittlich 150 Antitoxineinheiten; wirken für 1 Monat und können ohne Schaden wiederholt werden. Es ist bei Säuglingen auf die häufig primäre Nasendiphtherie zu achten!

Die hygienischen Vorkehrungen mit den Gegenständen während der Krankheit: Waschung der Wäsche, Wände, Fussböden, Möbel, Geräthe etc. mit 1 bis 2 Löffel Schmierseife auf 10 Liter Wasser. Eventuell öffentliche Desinfection in Dampf.

Nach der Krankheit bei Todesfällen amtliche Intervention; dito bei schweren und gehäuften Fällen; nach leichteren Fällen obige Vorkehrungen.

Hygienische Vorkehrungen bezüglich der Menschen:

Evacuation in das Spital empfehlenswerth bei Gefahr für jugendliche Haushaltungsangehörige, enge übervölkerte unhygienische Wohnungen etc.

Evacuation in Spitäler obligatorisch bei Gefahr für weitere Kreise (Schulhäuser).

Für genesene Schüler und Lehrer obligatorische Carenzzeit von 10 Tagen nach Verschwinden der Krankheit.

Im Uebrigen Vorschläge wie bei allen gefährlichen Infectionskrankheiten. Nur in schweren Fällen sind die Wandbekleidungen zu erneuern. Es folgen noch verschiedene praktische Winke; zuletzt statistische Zahlen der Diphtherie-Epidemie in Basel 1895.

JONQUIÈRE.

79) **Horowitz. Pilocarpin bei croupösen Krankheiten.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 5. 1898.*

H. kann Pilocarpinmedication — verabreicht bis 0,1 cg in einem Infusum Ipecacuanhae und Digitalis mit Cognaczusatz — bei obengenannten Erkrankungen bestens empfehlen. Als Contraindication gelten Herzaffectionen.

CHIARI.

80) **Schlepjanow. Zur Casuistik der Intubation. (K kasuistike intubazii.)** Mittheilung im Verein St. Petersburger Kinderärzte.

Wegen Oedem der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten gelang die Intubation nicht. Patient starb nach 14 Stunden.

P. HELLAT.

81) **Rosa Engelmann. Erfahrungen über die Retention der Intubationsröhren und das Antistreptococcenserum. (Experiences with retained intubation tubes and antistreptococcic serum.)** *N. Y. Med. News. 1. Januar 1898.*

Bericht über 6 Fälle von Intubation und über ein paar Fälle, in denen das Marmorek'sche Serum eingespritzt wurde; die letztere lassen ein Urtheil über den Werth dieser Therapie noch nicht zu.

LEFFERTS.

82) **Pitschke. Der Einfluss des Heilserums auf die Tracheotomie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 11. 1898.*

Das Heilserum kann nicht unbedingt Trachealstenosen verhindern, doch bessert dasselbe ohne Zweifel, früh angewendet, eine grosse Anzahl von abscendirenden Diphtheriefällen so frühzeitig, dass eine Stenose nicht mehr zu Stande kommt.

SCHECH.

83) **Ratner. Anwendung des Heilserums in der Privatpraxis. (Upotrebljenie antidifterinoi siworotki w tschasnoi praktike.)** *Dietskoje Med. No. 2. 1898.*

Verf. injicirt in schweren Fällen 1000 Einheiten.

P. HELLAT.

84) **Gorlow. Die Resultate der Heilserumbehandlung bei 318 Fällen in der Landpraxis des Ustan'schen Kreises.** *Dietskoje Med. No. 3. 1898.*

Von 318 starben 48 = 15 pCt.

Bei schweren Fällen war die Sterblichkeit 46,8—51,7 pCt.

P. HELLAT.

85) **B. Woinow. Parallele statistische Beobachtungen an 750 Diphtheriefällen mit und ohne Heilserumbehandlung (Paralelnija statistischeskija nobljudenija nad 750 bolnimi difteritom letschennimi i neletschennimi protiwodiphteriinoju siworotkoi.)** *Bolnitschnaja Gazeta. No. 3—5. 1898.*

W. beobachtete vom 15. Mai bis 15. September 1897 750 Kranke, welche, in je zwei gleichen Baracken placirt, an durchschnittlich gleichen Formen erkrankten, zu einer und derselben Epidemie gehörten und fast im gleichen Alter standen. In 2 Baracken wurden alle mit Serum, in 2 anderen Baracken alle ohne Serum behandelt. Die übrige locale und allgemeine Behandlung war dieselbe. Nur bei fraglichen Fällen wurde die Diagnose bakteriologisch gesichert. Injicirt wurden 10—20—30 ccm zu je 1000 E. Wiederholung am nächsten Tage. Tracheotomirt wurde nicht, im Nothfall intubirt. Die Verhältnisse, welche diese Beobachtungen ergaben, sind folgende:

Angina diphth. membranacea:

mit Serum behandelt $\frac{182}{14}$ = 8 pCt. Sterblichkeit.

ohne " " $\frac{180}{19}$ = 10,5 " "

Laryng. sten.:

mit Serum behandelt $\frac{43}{18}$ = 41,9 pCt. Sterblichkeit.

ohne " " $\frac{37}{27}$ = 72,97 " "

Stenosis laryng. et fistul.:

mit Serum behandelt $\frac{35}{16}$ = 45,7 pCt. Sterblichkeit.

ohne „ „ $\frac{31}{23}$ = 74,2 „ „

Angina diphth. punctata:

mit Serum behandelt $\frac{50}{0}$ = 0 pCt. Sterblichkeit.

ohne „ „ $\frac{65}{0}$ = 0 „ „

40 Patienten starben in den ersten 24 Stunden im Hospital und wurden nicht gezählt.

Der Procentsatz der Sterblichkeit nach dem Alter:

	0—15 J.	0—10 J.	0—5 J.
Laryng. sten.:			
mit Injection	41,9	41,9	53,3
ohne „	72,9	71,5	70,4
Angina diphth. phlegmon.:			
mit Serum behandelt . .	72,2	76,2	73,7
ohne „ „ . .	87,3	91,6	95,6
Angina membr.:			
mit Serum behandelt . .	8,5	9,9	17,9
ohne „ „ . .	13,4	17,6	31,8

Verglichen wird noch die Lebensdauer der mit und ohne Serum Behandelten. Die Serumkranken lebten im Durchschnitt um einen Tag mehr. (Diese Art des Vergleichens kommt einem Experimente nahe und dürfte von einem überzeugten Forscher kaum angewandt werden. Ref.)

P. HELLAT.

86) **W. C. Aylward. 96 Fälle von Diphtherie in der Privatpraxis. (An experience of ninety six cases of diphtheria in private practice.)** *British Med. Journ. 11. Januar 1898.*

Drei Viertel der Fälle erhielten Serum. Von den nicht-injicirten starben 12,5 pCt., von den mit Serum behandelten nur 4,16. Von den mit Serum behandelten hatten 11 pCt. ein Exanthem nach der Injection. Das letztere war nach Anwendung von flüssigem Serum offenbar weit häufiger als beim Gebrauch der trockenen Präparate.

ADOLPH BRONNER.

87) **F. Siegert. Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Behring'schen Diphtherieheilserums auf die gesunde und kranke Niere.** *Virchow's Archiv. Bd. 126. p. 331.*

Durch die sorgfältige Beobachtung der auf der Strassburger Kinderklinik mit Serum behandelten Patienten sowie durch Versuche am Thier (Kaninchen) stellte Verf. fest, dass das Heilserum häufig eine leichte und vorübergehende Albuminurie verursacht, die aber nicht als Ausdruck ernsterer Nierenschädigung

aufgefasst werden kann und darum keine Contraindication gegen den Gebrauch des Serums abgiebt. Die Eiweissausscheidung ist durch das Serum selbst verursacht, nicht durch die in ihm enthaltene Carbolmenge, die keine Albuminurie bedingt und im Gegensatz zum Serum schwach diuretisch wirkt. Schon bestehende Albuminurie Diphtheriekranker zeigt bei Anwendung der Serotherapie im Allgemeinen einen gutartigen, schnellen Verlauf. Acute parenchymatöse und hämorrhagische Nephritis kam beim Kranken im Anschluss an die Seruminjection vor: doch ist deren Abhängigkeit vom unveränderten Behring'schen Heilserum nicht nachgewiesen.

F. KLEMPERER.

88) **C. H. H. Spronck** (Utrecht). **Ueber den günstigen Einfluss der Erhitzung des antidiphtherischen Serum auf dessen schädliche Nebenwirkung. (Over den gunstigen invloed van de verhitting van antidiphtherisch serum op zyn schadelyke nevenwerking.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 690. 1898.*

Die mitgetheilten statistischen Erfahrungen aus zwei grossen Krankenhäusern, wo das Spronck'sche Serum anfänglich nicht erhitzt, später aber erhitzt angewendet worden, plädiren sehr stark für einen günstigen Einfluss der Erhitzung auf die schädlichen Nebenwirkungen des Serum. Das Serum wird steril aufgefangen, ohne Antisepticum bis auf 59° erwärmt und während 20 Minuten auf diese Temperatur belassen. Die antitoxische Wirksamkeit des Serums wird hierdurch nur unbedeutend vermindert.

H. BURGER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

89) **W. Bauer. Die Bestrebungen nach Verbesserung der laryngoskopischen Untersuchungs-Methoden mit Angabe eines neuen Laryngoskopes.** Dissertation. Würzburg. 1898.

Bei dem von Bauer angegebenen Spiegel ist ein electrisches Glühlämpchen an der Rückseite des Spiegels angebracht und umgeben von einem schlechten Wärmeleiter. Die Lichtstrahlen gehen durch ein am unteren Ende des Spiegels angebrachtes Prisma. In der vorliegenden Form ist das Instrument noch nicht für die allgemeine Praxis brauchbar, jedoch noch wesentlich verbesserungsfähig.

SEIFERT.

90) **Kirstein** (Berlin). **Der Zungenspatel.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 12. 1898.*

Verf. hat durch sehr vielfache Versuche eine Spatelform gefunden, die allen Anforderungen der Zungenspateltechnik bei allen Erwachsenen gerecht wird. Er schildert die constructiven Einzelheiten dieses Universalspatels an der Hand mehrerer Abbildungen. — Ein Anhang enthält Bemerkungen über den Nutzen der Zungenspateltechnik für die Oesophagologie, die in dem Satze gipfeln: Die Oesophagoskopirbarkeit ist eine Function der Autoskopirbarkeit.

ZARNIKO.

91) **G. Killian. Ueber directe Bronchoskopie.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 27. 1898.*

Mit der indirecten, d. h. mit dem Kehlkopfspiegel ausgeführten Tracheoskopie gelingt es meist nur bis zur Theilungsstelle der Bronchien hinabzusehen. Weiter sieht man bei Einführen von Röhren in eine Trachealöffnung. Killian machte nun Versuche mit der Bronchoskopia inferior, indem er ein Röhrenspeculum in den rechten Bronchus einführte und mit dem Casper'schen electrischen Handgriff beleuchtete; er sah dann nicht nur den Abgang für den rechten Oberlappenbronchus, sondern auch die Theilung für Mittel- und Unterlappen. Sodann gelang auch unter starker Rechtsdrehung des Speculums die Einführung desselben in den linken Hauptbronchus. Schliesslich gelang die Einführung der Röhren vom Munde aus nach vorheriger Cocainisirung des Kehlkopfes und der Luftröhre mit 20proc. Lösung. Eine Beeinträchtigung der Athmung wurde dabei nicht beobachtet.

SCHECH.

92) **Wm. S. Anderson. Husten durch Krankheitsprocesse in Nase und Hals. (Cough due to lesions of the nose and throat.)** *Medical News. 15. Januar 1898.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die zahlreichen Erkrankungsprocesse in Nase und Hals, die sich oft durch hartnäckigen Husten geltend machen. Er spricht von der Muschelhypertrophie, von den Nasenpolypen, Septumdeviationen, lymphoiden Hypertrophien im Nasenrachen, ferner von den Schwellungen der Gaumenmandeln, von den Mandelpfröpfen der Verlängerung des Zäpfchens u. a. mehr. Auf alle diese Affectionen soll die Untersuchung fahnden und nicht so ausschliesslich in den Lungen die Ursache des Hustens suchen. Für die Therapie ist dies besonders wichtig, denn ohne die Beseitigung dieser localen Ursachen heilt der Husten nicht.

LEFFERTS.

93) **C. Czaplewski** und **R. Hensel. Infectionserreger bei Pertussis.** *Centralblatt f. Bakteriol., Parasitenkunde und Infect.-Krankh. Bd. 22. No. 22/23. Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 9. 1898.*

Die Verff. sahen ein dem Influenzabacillus ähnliches Stäbchen als den Erreger des Krampfhustens an.

CHIARI.

94) **Zusch. Bakteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten.** *Münch. medic. Wochenschr. No. 23. 1898.*

Zusch fand wie schon früher Czaplewsky im Auswurf keuchhustenkranker Kurzstäbchen, die er für die specifischen Erreger des Keuchhustens halten möchte. Thierversuche fielen negativ aus.

SCHECH

95) **S. Weinberger** (Pistyán). **Zur Therapie des Keuchhustens.** *Wiener klin. Rundschau. No. 8. 1898.*

W. hat von der Inhalation des Pistyáner Thermalwassers bei Pertussis die günstigsten Erfolge zu verzeichnen.

CHIARI.

96) **E. E. Weston. Die Intubation bei der Behandlung des Keuchhustens. (Intubation in the treatment of hiccough.)** *N. Y. Med. Journ. 29. Jan. 1898.*

W. ist der Meinung, dass man die Anfälle beim Keuchhusten durch die Intubation müsste verhüten können.

LEFFERTS.

97) **A. Askine. Aetiologie des Laryngismus stridulus. (Etiology of laryngismus stridulus.)** *Brit. Med. Journ. 15. Januar 1898.*

5monatliches Kind hatte einen schweren Anfall beim Durchbrechen des ersten Zahnes. Ein zweiter Anfall kam 6 Wochen später. Mit 12 Monaten neue Anfälle, die nach Durchbruch von 3 Zähnen verschwanden. Reiben des Zahnfleisches mit dem Finger löste einen typischen Anfall aus.

ADOLPH BRONNER.

98) **Gutzmann** (Berlin). **Zur Heilung der Aphonia spastica.** *Medicin.-pädagog. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Januar 1898.*

Ein Fall von Aphonie spastica bei einem 21jährigen Artilleristen. Bei diesem Falle, wie bei anderen von ihm behandelten von Aph. spast. wandte G. das gleiche Verfahren an, wie das, was bei der Beseitigung und Ueberwindung des Stimmritzenkrampfes bei Vokalstottern von ihm gebraucht wird.

SEIFERT.

99) **C. H. Hunter. Zwei Fälle von Kehlkopfkrampf, die beim ersten Anfall letal endigten, in derselben Familie. (Two cases of laryngeal spasm fatal in the first attack occurring in the same family.)** *British Medical Journal. 2. April 1898.*

15 Monate alter Knabe, bis dahin vollkommen gesund, wird plötzlich blau im Gesicht und stirbt, ehe der Arzt kommt. 2 Tage später stirbt eine Schwester von 7 Monaten in derselben Weise. Die Section ergiebt Rachitis.

ADOLPH BRONNER.

100) **Neuenborn. Stenose der Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Lähmung der Musc. aryepiglottici mit Ansaugung der Hintertheile der Epiglottis; beim Aufrichten des Kehldeckels hört der Stridor auf.

SCHECH.

101) **J. Sendziak. Ueber die Bedeutung der Kehlkopfuntersuchung und des Röntgen'schen Verfahrens bei Aortenaneurysmen. (Przyczynek do waznosci badania krtani oraz zastosowania promieni Roentgen'a przy tatniakaw aorty.)** *Gazeta lekarska. No. 21, 22. 1898.*

Nachdem der Verf. die allgemein bekannte Thatsache der Recurrenslähmungen bei latent verlaufenden Aortenaneurysmen betont hat, beschreibt er 2 diesbezügliche Fälle, bei denen das Röntgen'sche Verfahren die durch das Laryngoskop gestellte Diagnose bestätigt haben soll.

A. v. SOKOLOWSKI.

102) **Hoffmann. Linksseitige Hypoglossus- und Vago-Accessoriuslähmung durch Compression der Nervenwurzeln.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1897.*

Demonstration des 40jähr. Mannes, eines Schreiners; Ursache ein Tumor der hinteren Rachenwand, der bis zur Schädelbasis reichte und den Hypoglossus und Vago-Accessorius comprimirte.

SCHECH.

103) **Hoffmann. Syringomyelie mit halbseitiger Zungenatrophie und Parese, gleichseitiger Recurrens- mit Gaumensegellähmung und Arthropathie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. 1897.*

Demonstration des 24jähr. Kranken im naturhist. mediz. Verein in Heidelberg.

SCHECH.

104) **K. Petrén** (Stockholm). **Zwei Fälle von Tabes mit Ophthalmoplegia externa und laryngealer Lähmung von peripherer Neuritis herrührend. (Deux cas de tabes avec ophtalmoplégie externe et de paralysie laryngée provenant de névrite périphérique.)** *Nord. med. Archiv. No. 27. 1897.*

1. 49jähriger Mann — (der Fall ist bereits in den Comptes rendus de la Societé de Biologie, 25. Juillet 1896 veröffentlicht). Die Tabes hat vor 10 Jahren angefangen. Der Kranke leidet an permanenter Dyspnoe wegen Paralyse der Glottisöffner. Die Athmung ist pfeifend. Die Dyspnoe steigert sich ab und zu bedeutend. Pat. starb am 6. Juni 1893 durch Erstickung.

„In den Wurzeln des Accessorius und Vagus beiderseits sehr erhebliche Veränderungen. Die Recurrentes und die Muskelnerven der Thyreo-arytaenoidei laterales bieten analoge Veränderungen dar; normale Fasern sind nur sehr spärlich vorhanden. Die zu den Cricoarytaenoidei postici gehenden Nervenäste sind vollständig degenerirt."

2. 37jähriger Mann (die klinische Seite dieses Falles ist in der Thèse von J. Martin: De l'atrophie du nerf optique, Berne 1889 publicirt) — Tabetiker seit 1883 — Crises laryngées — Paralyse der Glottiserweiterer — starb 1894 an Erstickung.

„Die Vago-Accessoriuskerne beiderseits deutlich verändert. Die peripheren Kehlkopfnerven aber noch weit stärker verändert. Am vollständigsten sind die zu den Postici verlaufenden Zweige degenerirt, nur wenige Fasern derselben sind erhalten, die meisten Scheiden leer."

Verf. kommt zu dem Schluss, dass Kehlkopflähmungen bei Tabes, im Allgemeinen wenigstens, von peripherer Neuritis bedingt sind. Eine Affection der vorderen Kerne des Pneumogastricus und Glossopharyngeus (Nucleus ambiguus) ist in den bis jetzt publicirten Fällen nicht beschrieben.

SCHMIEGELOW.

105) **O. Chiari** (Wien). **Beiderseitige Lähmung des Nervus recurrens. Klinische Beobachtung mit Sectionsbefund.** Nach einem Vortrage, geh. in der Wiener laryngolog. Gesellschaft am 4. November 1897. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 5. 1898.*

Die laryngoskopische Untersuchung der 46jährigen Patientin, die über seit kurzer Zeit bestehende „rauhe Stimme" klagte, ergab: das linke Stimmband, mässig excavirt, in Cadaverstellung vollständig fixirt. Der linke Sin. pyrif. etwas verengt. Nach einigen Tagen konnte man daselbst schon einen Tumor wahrnehmen. Rechte Larynxseite vollständig normal. Nach 4 Wochen wurde Patientin vollständig aphonisch. Nunmehr standen beide Stimmbänder in Cadaverstellung fixirt. Athmung wie von Anbeginn frei. Der Tumor wuchs rasch, dementsprechend nahmen die Schlingbeschwerden zu. Gastrostomie. Exitus. Die

Section und die genaue Präparation der Kehlkopfmuskeln und Nerven ergab u. A. völlige Zerstörung beider Nn. recurrentes durch krebsige Wucherung, woraus folgt, dass Aufhebung der Leitung der beiden Nn. recurrentes Cadaverstellung und nicht Adductionsstellung veranlasst. Die Kehlkopfmuskeln betreffend ist besonders erwähnenswert, dass allerdings beide Mm. cricothyreoidei nicht ganz gesund waren, dass aber der linke in weitaus geringerem Maasse ergriffen war als der rechte, während doch das rechte Stimmband um soviel länger normal beweglich und gut gespannt war. Autoreferat.

106) **Schulz** (Berlin). **Demonstration eines Kehlkopfpräparats. Semon-Rosenbach'sches Gesetz.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 12. 1898.*

Bei einem syphilitischen Tabeskranken, der mit rechtsseitiger Posticuslähmung in die Charité aufgenommen wurde, entwickelte sich innerhalb 7 Wochen unter den Augen der Aerzte zuerst am rechten, dann am linken Stimmband eine complete Recurrenslähmung, indem zuerst der Posticus, dann der Internus, dann der Crico-arytaen. lateral. seine Functionen einstellte. In umgekehrter Reihenfolge stellten sich auf eine Schmiercur die Funktionen wieder her, bis auf die Postici, die nach kurzer Erholung dauernd geschädigt blieben. ZARNIKO.

107) **Klemperer. Ueber die Stellung der Stimmbänder nach Recurrens- und Posticusdurchschneidung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1898.*

K. konstatirte durch neue Experimente, dass bei Recurrensdurchschneidung stets Cadaverstellung eintritt; eine Medianstellung wird zuweilen beobachtet, aber nur dann, wenn beim Durchschneiden der Nerv gereizt oder nicht auf einmal durchschnitten wurde. Diese Medianstellung ist aber da, wo sie auftritt, nur eine ganz vorübergehende, da später das Stimmband dauernd in die Cadaverstellung einrückt. Doppelseitige Recurrenslähmung macht beim engen Kehlkopf kleiner und junger Thiere Stenose. Die wirkliche Weite der Glottis nach doppelseitiger Recurrensdurchschneidung präsentirt sich eigentlich erst nach der Ausführung der Tracheotomie. Lässt man der Recurrensdurchschneidung jene der Laryngei sup. folgen, so wird die Glottis vorne ein wenig weiter, die hintere cartilaginöse Glottis bleibt in ihrer Weite unverändert. Die isolirte Durchschneidung des Posticus gelingt sehr schwer, hat aber beinahe völlige Medianstellung des Stimmbandes zur Folge; derselbe macht zwar noch Bewegungen, doch sind dieselben durch die Adductoren und die Cricothyreoidei bedingt; der Aryknorpel der operirten Seite macht keine Abductionsbewegungen mehr; doppelseitige Posticusdurchschneidung macht hochgradige Verengerung der Glottis, die der beim Menschen mit doppelseitiger Posticus-Lähmung beobachteten völlig entspricht. SCHECH.

108) **Simon** (Salzhemmendorf) u. **Korn** (Coppenbrügge). **Ueber eine bemerkenswerthe und seltene Ursache von Trachealstenose.** *Die ärztl. Praxis. No. 7. 1898.*

Bei einem 56jährigen Manne wurde bei der Section als Ursache einer Trachealstenose folgender höchst merkwürdiger Befund erhoben: Der Oesophagus hielt nur ganz oben die normale Lage hinter der Luftröhre, etwas nach links von

ihr abweichend, inne, legte sich dann um die rechte Seite der Luftröhre und lief, etwa 12 cm unterhalb des unteren Kehlkopfrandes, quer über die vordere Fläche der Luftröhre, um so schliesslich an die linke Seite derselben zu gelangen. Die ganze vordere Wand der Trachea war stark verdünnt, die Knorpel der Luftröhre rauh und angefressen. Diese spirale Windung der Speiseröhre um die Trachea musste angeboren sein. So lange die Weichheit und Elasticität von Trachea und Speiseröhre geeignet war, sich gegenseitig Raum zu gönnen, erlitt die Function beider Organe keine Störung; erst mit der zunehmenden Verknöcherung der Trachealknorpel wurde das Rohr starrer und der wechselseitige Druck schädlicher.

SEIFERT.

109) **G. F. Longbotham. Verstopfung der Trachea durch eine käsige Drüse. (Plugging of the trachea by a caseous gland.)** *Lancet. 19. März 1898.*

Achtjähriger Knabe klagte plötzlich über Athembeschwerden und Schmerzen auf der Brust. Er hatte mehrere Male kleine Massen ausgehustet, die wie Stücke von einem Apfel aussahen. Die Tracheotomie wurde gemacht; plötzlich aber setzte die Athmung aus. Sofort wurde eine lange Tube in die Bronchien geführt, worauf der Knabe ein halb-haselnussgrosses Stück einer käsigen Drüse auswarf. Der Knabe genas. Augenscheinlich war eine verkäste Bronchialdrüse durch die Trachea oberhalb der Bifurcation durchgebrochen.

ADOLPH BRONNER.

f. Schilddrüse.

110) **A. Kohn** (Prag). **Ueber die Schilddrüse.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 14. Januar 1898. — *Prager med. Wochenschr. No. 5. 1898.*

Der Vortragende giebt eine übersichtliche Darstellung des gegenwärtigen Wissens von der Entwicklung, dem Baue und der Bedeutung der Schilddrüse.

CHIARI.

111) **De Cyon. Functionen der Schilddrüse. (Functions of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 28. Januar 1898.*

Verf. hat Untersuchungen über die physiologischen Beziehungen der Herznerven zur Schilddrüse angestellt. Er glaubt 1. dass das von der Schilddrüse aus den Jodsalzen des Blutes gebildete organische Jodothyrin die Function der Nervencentren, welche den Herzschlag und die Circulation reguliren, anregt. Das Jodothyrin entgiftet eine eminent toxische Substanz, welche in erster Linie jenen regulatorischen Centren gefährlich wäre. Und 2. ist die Schilddrüse als Schutz für das Gehirn gegen die Gefahr plötzlicher Fluxionen zwischen das Gehirn und das Herz eingeschaltet. Auch diese Function der Schilddrüse wird vom Herzen geregelt.

LEFFERTS.

112) **Friederichs** (Höring). **Zur Histologie der metastasirenden Schilddrüsengeschwülste.** Dissert. Würzburg. 1897.

Beschreibung eines Falles, in welchem ein Carcinom der Schilddrüse zu

Metastasenbildung in der Pleura der linken Lunge, im Pericard und in der Leber geführt hatte.

SEIFERT.

113) **O. Wunderlich. Insufficienz der Schilddrüse. (Thyroid insufficiency.)** *Brit. Med. Journal. 13. November 1897.*

9jähriges Mädchen, im Wachsthum zurückgeblieben, mit rauher, trockener Haut, hat rechts keine Spur von Schilddrüse, links einen kleinen Lappen. Durch Tabloids von Schilddrüse wurde der Zustand erheblich gebessert.

ADOLPH BRONNER.

114) **F. T. Paul. Ein letaler Fall von Thyroidectomie. (A fatal case of thyroidectomy.)** *Brit. Med. Journ. 1. Januar 1898.*

Bei dem 15jährigen schwächlichen Mädchen wurde der linke Lappen und der Isthmus der Schilddrüse wegen eines parenchymatösen Kropfes entfernt. In der Nacht darauf war sie unruhig, der Puls stieg auf 130 Schläge und darüber und nach $2^1/_2$ Tagen starb die Patientin. In einem zweiten Falle traten ähnliche Symptome auf, doch genas der Kranke. Verf. bringt diese Erscheinungen damit in Verbindung, dass er bei der Operation die Drüse vielfach gedrückt und den Isthmus nicht unterbunden hat; die Secrete der Schnittfläche hatten freien Abfluss und führten bei schneller Resorption Intoxicationserscheinungen herbei.

ADOLPH BRONNER.

115) **William de Coulon. Ueber Thyreoidea und Hypophysis der Cretinen, sowie über Thyreoidalreste bei Struma nodosa.** *Virchow's Archiv. Bd. 147. p. 53.*

Verf. untersuchte die Schilddrüsen von 5 Cretinen, ferner die atrophischen Thyreoidalreste einer grossen Anzahl von Strumafällen. Fr fand bei den Cretinen durchgehends eine hochgradige Atrophie der Schilddrüse, welche ganz die gleichen Veränderungen darbot, wie die in den Thyreoidalresten gefundenen; nur waren diese Veränderungen in den Drüsenresten der Strumösen in geringerem Grade vorhanden. Die Untersuchung der Hypophysen ergab ebenfalls Veränderungen, die das Vorhandensein von Atrophie wahrscheinlich machen.

F. KLEMPERER.

116) **Lannois** (Lyon). **Basedow'sche Krankheit und Diabetes. (Goitre exophthalmique et diabète.)** *Soc. des sciences méd. de Lyon. 20. October 1897.*

Den kürzlich von Sonques, Marinesco und von Pitras mitgetheilten Fällen fügt L. einen neuen hinzu, bei dem der Diabetes rapide Fortschritte machte und zum Tode führte. Bei der Section liess sich nichts am Boden des 4. Ventrikels nachweisen. Verf. nimmt einen causalen Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten an, weil beide nur bei neuro-arthritischen Individuen vorkommen.

PAUL RAUGÉ.

117) **Solis-Cohen. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit und anderer vasomotorischer Ataxien mit Thymusdrüsen- und Nebennierenpräparaten. (The treatment of exophthalmic goitre and other vasomotor ataxias with preparations of the thymus gland and of the adrenals.)** *N. Y. Medical Record. 1. Januar 1898.*

Nach Verf.'s bisherigen Erfahrungen wirken die Thymuspräparate mehr auf

die Schilddrüsen- und Augensymptome, die Nebennierenpräparate mehr auf die Circulation. Beide sind in symptomatischer Hinsicht von Nutzen und ihre Combination dürfte sich für die Therapie als werthvoll erweisen, wenn auch beide an den eigentlichen inneren Grund der Krankheit nicht herangehen. LEFFERTS.

118) **J. L. Faure** (Paris). **Ueber die Resection des Halssympathicus bei Basedow'scher Krankheit. (Sur la résection totale du sympathique cervical dans le goitre exophthalmique.)** *Congrès franç. de Chir. 20. October 1897.*

F. hat die Operation bei 3 Fällen gemacht. Die beiden ersten zeigten eine augenscheinliche Besserung aller Symptome und besonders des Allgemeinbefindens; jedoch trat im zweiten Falle eine schwere Syncope auf. Der dritte Fall starb in der Chloroformnarcose. Redn. hält danach die Wirksamkeit der Operation für unbestreitbar, warnt aber die Operirenden vor der Narcose, die gerade bei diesem Eingriff besondere Gefahren zu bieten scheint. Das Herz scheint durch die Sympathicusresection einer der Quellen seiner Energie beraubt und dadurch für die Giftwirkung des Chloroforms empfindlicher zu werden. Redner will in Zukunft bei diesen Fällen Aether gebrauchen.

Doyen (Rheims) ist der Ansicht, dass man die Schwere der Thyreoidectomie übertrieben hat. Die von Poncet angegebenen acuten Vergiftungserscheinungen zeigen sich nur nach unvollständigen Operationen, wie die Exothyropexie, die definitiv zu verwerfen ist. D. zieht von allen Eingriffen die totale Thyroidectomie vor. In 4 Fällen hatte er damit jedesmal den vollständigsten Erfolg. Vor allem wird die Tachycardie, die eine der schwersten Symptome des Basedow ist, ganz durch diesen Eingriff beseitigt. Auch ist die Operation nach der Methode, die er handhabt, eine gutartige Operation, die 8—15 Minuten erfordert und die bei dem Kropf des Basedow-Kranken um sehr vieles leichter auszuführen ist, als sonst an grossen parenchymatösen Kröpfen. D. schliesst mit der Aufforderung, die Thyroidectomie in den Fällen vorzunehmen, in denen die Sympathicusdurchschneidung unvollständige Resultate ergeben hat; er selbst will bei seinen ungeheilten Thyroidectomirten von jetzt an den Sympathicus reseciren. PAUL RAUGÉ.

119) **Ch. Abadie** (Paris). **Chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement chirurgical du goitre exophthalmique.)** *Congrès français de Chirurgie. 20. October 1897.*

Auf dem vorigen Congress hat Redn. sich gegen die Erklärung der Krankheit durch Veränderung resp. Vermehrung der Schilddrüsensecretion gewendet und die Theorie der permanenten Reizung der vaso-dilatatorischen Fasern des Halssympathicus aufgestellt. Seither haben die therapeutischen Erfahrungen dieser Anschauung Recht gegeben.

a) Einerseits haben neue Erfahrungen mit der partiellen Thyroidectomie erwiesen,

1. dass diese Operation leicht zu Myxoedem führt, ferner zu Recidiven, und auch zu plötzlichem Exitus;
2. dass sie in den günstig verlaufenden Fällen einfach eine Verkleinerung des Kropfes bewirkt, nicht aber eine Abnahme des Exophthalmus.

b) Auf der anderen Seite haben die an Halssympathicus vorgenommenen Operationen erwiesen,

1. dass dieser Eingriff im allgemeinen ungefährlich ist;
2. dass er stets günstige Resultate ergiebt.

Die einfache Durchschneidung des Sympathicus ist ausreichend; die totale Resection, wie sie Jonnesco empfiehlt, ist nicht nöthig. Der Exophthalmus kann nach der Durchschneidung des Halssympathicus zum Theil bestehen bleiben, weil die retrobulbären Vasodilatatoren von höheren Partien des Halsmarkes aus versorgt werden; eine Verminderung des Exophthalmus aber tritt in jedem Falle ein.

PAUL RAUGÉ.

120) **Jonnesco** (Bucarest). **Chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement chirurgical du goitre exophthalmique.)** *Congrès franç. de Chirurgie. 20. October 1897.*

Drei Methoden chirurgischer Behandlung kommen beim Morbus Basedowii gegenwärtig in Frage:

a) die gegen die Drüse selbst gerichteten Eingriffe (partielle Thyroidectomie, Strumectomie oder Enucleation und Exothyropexie),

b) die Unterbindung der Schilddrüsengefässe,

c) die Operation am Halssympathicus (einfache Durchschneidung oder Resection; die letztere partiell oder total und beiderseitig).

Wegen der Leichtigkeit ihrer Ausführung und ihrer Wirksamkeit verdient die Sympathicusoperation vor allen anderen entschieden den Vorrang. Aber die Resection muss eine totale sein, damit die Mehrzahl der herzbeschleunigenden Fasern entfernt wird.

(Ref. meint, dass Jonnesco die Bedeutung der Vervollkommnung, die er der von Jaboulay angegebenen Operation zu Theil werden liess, überschätzt. Das volle Verdienst dieser ingeniösen Verwerthung einer physiologischen Beobachtung für die Therapie verbleibt dem Lyoner Chirurgen. Die mehr oder weniger vollständige Entfernung des Sympathicus und der Ganglien giebt wohl bessere Resultate, als die einfache Sympathicusdurchschneidung; aber sie ist doch nur eine Variante, eine Modification des Jaboulay'schen Verfahrens.)

PAUL RAUGÉ.

121) **M. Jaboulay** (Lyon). **Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit mittels Durchschneidung des Halssympathicus und ihre Methodik. (La méthode et les procédés de traitement du goitre exophthalmique par la section du sympathique cervical.)** *Lyon médical. 31. October 1897.*

Der Anlass der vorliegenden Arbeit ist leicht zu erkennen. Die Verhandlungen auf dem Congress für Chirurgie haben dem Verf. offenbar gezeigt, dass es an der Zeit für ihn ist, seine Rechte zu wahren. In der Hauptsache ist J.'s Arbeit eine klare und berechtigte Prioritäts-Reclamation.

I. Verf. giebt in Kürze eine Geschichte der ganzen Frage. Er hat erkannt, dass der Basedow das Bild einer intensiven Reizung des Halssympathicus darbietet und wurde dadurch logisch dazu geführt, durch eine Operation eine künst-

liche Lähmung dieses Nerven herbeizuführen. Seine erste Mittheilung über diesen Gegenstand erschien im Lyon Medical am 22. März 1896.

II. Die physiologische Unterdrückung des Halssympathicus ist auf verschiedene Weise zu erreichen:

1. durch Durchschneidung. Diese Methode hat J. selbst in seinen ersten Fällen geübt.
2. durch Resection und zwar
   a) des oberen Halsganglions,
   b) dieses Ganglions und des Stranges, der an dasselbe sich anschliesst,
   c) des Halssympathicus in seiner Gesammtheit.

Jaboulay hat von diesen 3 Methoden die beiden ersten, die partielle Resectionen darstellen, geübt und empfohlen.

Was die totale Resection anlangt, so schreibt sich Jonnesco, der dieselbe empfohlen hat, auf Grund dieser blossen Modification der Operation übertriebene Rechte auf die Methode selbst zu. Jaboulay analysirt die Mittheilungen Jonnesco's und kommt zu dem Resultat, dass die vermeintlichen Totalresectionen desselben in der Mehrzahl doch nur partielle waren.

3. durch Ausreissung des Nerven, welche eine Zerstörung desselben ohne grosse Incisionswunde gestattet.
4. durch Zerdrückung und Zerquetschung des Nerven; das am wenigsten zu empfehlende Verfahren.

Alle diese Methoden sind gut; keine schützt übrigens mit voller Sicherheit vor einem Recidiv. J. selbst empfiehlt am meisten die Durchschneidung des Nerven mit Ausreissung der beiden Enden oder die partielle Resection.

Zum Schluss erinnert Verf. noch daran, dass er den günstigen Einfluss der Sympathicusdurchschneidung auf die Schweite bereits früher beschrieben hat, während jetzt Jonnesco „gerade diese Besserung entdeckt zu haben glaubt und sie der Academie mittheilt als eine Folge seiner Operation.“ PAUL RAUGÉ.

122) **Combe** (Lausanne). **Das Myxoedem. (La myxoedème.)** *Mémoire couronnée par l'académie de médecine. Revue méd. de la Suisse romande. H. 2, 3, 4, 5, 6. 1898.*

Eine gründliche Bearbeitung der Myxödemfrage. Verf. bespricht allseitig alle Formen der Krankeit:

1. Das Myxoedème opératoire (Reverdin) sc. Cachexia thyreopriva (Kocher).

2. Das spontane Myxödem der Erwachsenen, durch chronisch entzündliche Atrophie der Schilddrüse entstehend.

3. Das spontane Myxödem der Kinder, welches mitunter schon bei der Geburt entwickelt ist oder unmittelbar nach derselben eintritt (congenitales Myxödem), häufiger jedoch erst in den ersten Lebensjahren nach Aufhören der reinen Milchkost entwickelt (infantiles Myxödem) und desto geringer ist, je später es auftritt. Es ist von der vorgenannten Form durch das Zwergthum und den



ausgesprocheneren Idiotismus unterschieden. Bei beiden fehlt die Schilddrüse. Die Verwandtschaft beider Arten wurde sofort nach der Entdeckung der operativen Form erkannt (Reverdin).

4. Das endemische Myxödem vulgo Cretinismus, welches in Form des endemischen Kropfes oder der Atrophirung der Schilddrüse auftritt.

Verf. bezeichnet das erstere als endemisches, infectiöses Myxödem, das letztere als spontanes entzündliches Myxödem.

Alle genannten Formen sind jetzt als eine einzige Krankheit anerkannt, weil sie in ihren äusseren Erscheinungen so total übereinstimmen, als es bei der Entstehung auf den verschiedenen Altersstufen nur möglich ist und weil sie alle auf der einen Grundstörung, d. h. der Aufhebung der Schilddrüsenfunction beruhen, sei diese bedingt durch spontane Atrophie, durch therapeutische Eingriffe oder durch durchgreifende Entartung sc. Kropfbildung.

Die Unterform des chirurgischen Myxödems ist das experimentelle Myxödem. Schiff, der geniale Begründer der Schilddrüsen-Experimentalphysiologie und der Myxödemtherapie hatte schon 1859 darauf aufmerksam zu machen versucht, dass die Fleisch fressenden Thiere und die Carnivoren an der Ausrottung der Schilddrüse unter einer eigenthümlichen Mischung von Gehirnsymptomen (Tetanie des animaux) rasch zu Grunde gehen, während die Vegetarier weiter leben. Horsley wies dies in den letzten Jahren auch für den Affen nach und andere hatten wunderbare Erfolge an Schafen und Ziegen, indem sie diesen Thieren in den ersten Tagen nach der Geburt der Schilddrüse beraubten und so das schönste thierische Myxödem ohne Tetanie erzeugten.

Von der ausführlich angegebenen Therapie sind jetzt nur noch zu nennen die jetzt historisch gewordene Methode Schiff's, die Einpflanzung von gesunder Schilddrüse in das Bauchfell, unter die Haut des Bauches und anderer Körperstellen. Die Injectionen von Schilddrüsensaft unter die Haut sind seit Einführung der Ingestionstherapie wohl auch verlassen. Hingegen sind Klysmata (Herzen) bei Kindern, welche nicht zum Schlucken gebracht werden können, von positivem Nutzen. Schon ein bloss wässeriger Auszug der Schilddrüse enthält die wirksamen Stoffe.

Die Hauptbehandlung ist jetzt die innerliche Gabe von Schilddrüsenpräparaten (Novitz, Mackenzie). Gebräuchlich sind die Pillen aus getrocknetem, gereinigtem Schilddrüsenextract (Thyreodea) oder diejenigen aus isolirtem Thyrojodin (Baumann), welches 0,1 pCt. Jod enthalten soll und in gleicher Form eingenommen wird.

Wichtig ist es, dass gerade die Schilddrüse der Kropfländer wenig oder kein Jod enthalten, so dass die Kropftheorie von Chatain, welcher die Kropfbildung dem Fehlen des Jods im Wasser, Boden und Pflanzenreich zuschrieb, wieder Halt bekäme und zwar unbeschadet der Mikrobentheorie. Ueber das Verhalten der Jodspuren enthaltenden Trinkwasser bezüglich des Mikrobengehaltes sagt C. nichts.

Viele interessante Thatsachen müssen im Original nachgelesen werden.

JONQUIÈRE.



g. Oesophagus.

123) **L. Ebstein** (Wien). **Ueber Oesophagoskopie und ihre therapeutische Verwendbarkeit.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 6 u. 7. 1898.*

Nach Besprechung der geschichtlichen Entwicklung des Oesophagoskops beschreibt E. das von Störk angegebene Instrument und zählt die Vortheile desselben auf. Nach einigen Bemerkungen über die locale Anästhesirung behufs Einführung des Oesophagoskops kommt E. auf die Fremdkörper-Extraction und sodann auf die Verwendung der Oesophagoskopie bei Stricturen zu sprechen, zu deren Dilatation der Verf. ein eigenes Instrumentarium zusammenstellte mit Laminariastiften und Kautschukdrains.

CHIARI.

124) **Cadéac** (Lyon). **Erweiterung des Oesophagus beim Hunde. (Dilatation oesophagienne chez le chien.)** *Société de Méd. de Lyon. 14. Februar 1898.*

Es handelt sich um eine cylindrische Dilatation, wie sie selten vorkommt, wahrscheinlich verursacht durch eine Entwicklungshemmung an der Cardia.

Collet betont die Seltenheit der cylindrischen Dilatationen beim Menschen im Vergleich zu den ampullären. Er hat jedoch einen Fall von solcher beobachtet.

PAUL RAUGÉ.

125) **Verrière** (Lyon). **Angeborene Dilatation der Speiseröhre. (Dilatation congénitale de l'oesophage.)** *Société des scienc. méd. de Lyon. Januar 1897.*

Demonstration des Präparates, das von einem Manne stammte, der mit Schluckbeschwerden, aber ohne Störung des Allgemeinzustandes in das Krankenhaus aufgenommen war. Der Oesophagus zeigte eine enorme Erweiterung (er fasste ungefähr 1 Liter) ohne darunter liegende Stenose. Bei dem Mangel jedes anamnestischen oder anatomischen Anhaltspunktes für den Ursprung der Erweiterung ist anzunehmen, dass dieselbe congenitaler Natur ist.

PAUL RAUGÉ.

126) **Reitzenstein. Zur Kenntniss und Diagnose der tiefen Oesophagusdivertikel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1898.*

Unendlich viel seltener als die Divertikel im oberen Theile des Oesophagus sind jene im unteren Theile, von denen bisher nur 5 Fälle beobachtet sind. R. beschreibt einen auf der Klinik von Boas beobachteten weiteren Fall. Die Diagnose stützte sich auf den Sondirungsbefund, d. h. das Vorhandensein eines selbst bei längerem Liegenlassen der Sonde nicht weichenden Widerstandes, ferner auf die Beschaffenheit des aus der Speiseröhre Ausgeheberten in makroskopischer, mikroskopischer und chemischer Beziehung, ferner auf die Durchleuchtung mit der Einhorn'schen Glühlampe, und die Skioskopie nach Einführung von Wismuthaufschwemmung oder einer mit Bleischrot oder Bleimandrin versehenen Sonde. Die Details sind im Original nachzusehen.

SCHECH.

127) **Henry Butlin. Ein zweiter Fall von operativer Entfernung eines Oesophagusdivertikels. (On a second case of removal of a pressure pouch of the oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 1. Januar 1898.*

75jähriger Mann, klagt seit 4 Jahren über Schluckbeschwerden; öfters werden unverdaute Speisetheile lange Zeit nach der Aufnahme wiedergegeben. Die Abtragung der Uvula und die Cauterisation erweiterter Schlundvenen wurde von einem wohlbekannten Londoner Specialisten gemacht. Nach den Mahlzeiten tritt eine Schwellung des Halses ein. Eine dicke Schlundsonde wird eingeführt; dieselbe geräth in eine Tasche; man fühlt ihr Ende links im unteren hinteren Halsdreieck. Es wird ein Einschnitt am vorderen Rand des Sternocleidomastoideus gemacht; die Mitte des Schnitts entspricht dem Ringknorpel. Das Divertikel findet sich an der linken Seite hinten am Oesophagus, wo derselbe in den Rachen übergeht. Die Tasche wird abgetragen.

Verf. bespricht noch 4 weitere Fälle; einer derselben, der von einem anderen Chirurgen operirt wurde, starb an Anurie.

Die Divertikel liegen gewöhnlich an der hinteren Seite und an der Uebergangsstelle von Rachen und Speiseröhre. Sie communiciren mit dem Schlund meist durch eine längliche Oeffnung von etwa 1 Zoll Länge. Die hauptsächlichen Symptome sind:

1. Erbrechen unveränderter Speisen.
2. Druck auf die Seite des Halses im unteren hinteren Halsdreieck, lässt Speisen und Flüssigkeiten in den Mund treten.
3. Die Sonde bleibt etwa 9 Zoll hinter der Zahnreihe stecken. Gewichtsabnahme wird meist erst in den letzten Stadien der Krankheit notirt.

ADOLPH BRONNER.

128) **K. Zaleski. Ueber Ulcus perforans oesophagi. (Kilka stow o wrzodzie dziurawiacym w przetyka.)** *Medycyna. No. 10. 1898.*

Bei einem 39jähr. Arbeiter bestanden seit einigen Jahren heftige Schmerzen in der Magengegend, verbunden mit Erbrechen; Erscheinungen, welche im Laufe der letzten 2 Monate stark an Intensität zunahmen, besonders vor und nach dem Essen. Es wurde auch einige Male Blutbrechen constatirt.

Bei der Untersuchung wurde sehr heftiger Schmerz in der Regio epigastrica wahrgenommen; Magen etwas dilatirt; Gesammt-Acidität des Mageninhalts 40, freie Salzsäure 0,04 pCt. Der Kranke starb unter Erscheinungen innerer Blutung.

Die Autopsie ergab: Dilatatio ventriculi. Pylorus stark verengert in Folge einer in dieser Gegend sitzenden Narbe; weiter wurde ein Ulcus gefunden, welches am unteren Theil der Cardia begann und sich in das untere Drittel des Oesophagus ausdehnte. Auf dem Boden dieses Ulcus wurden frische Blutcoagula in Folge Ruptur eines Gefässes constatirt.

v. SOKOLOWSKI.

129) **W. E. Hills. Fall von Perforation der Speiseröhre und der Aorta durch ein Knochenstück. (Case of perforation of the oesophagus and aorta by a fragment of bone.)** *Brit. Med. Journal. 2. April 1898.*

17jähriger junger Mann verschluckte ein Stück eines Lammknochens. 8 Tage



lang Schmerzen, dann eine schwere Blutung, die nach 24 Stunden ad exitum führte.

Es fanden sich 2 Löcher im Oesophagus 2 Zoll unterhalb des Ringknorpels und 1 Riss im ersten Theil der Aorta descendens. ADOLPH BRONNER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 9. Juni 1897.

Vorsitzender: H. T. Butlin, F. R. C. S.

G. Spencer: Sectionsbericht und Präparate eines Falles von Laryngectomie wegen maligner Erkrankung des Ringknorpels.

Es handelt sich um den Fall, über den Redn. in der Sitzung vom November 1896 berichtet hat. Nach der Tracheotomie und der Beseitigung der Verstopfung in der Höhe des Ringknorpels schritt die Erkrankung rapide vorwärts und es wurde zu palliativen Zwecken die totale Laryngectomie mit Spaltung der Trachea am 3. Ring und Einnähung des unteren Endes in die Hautwunde gemacht. Das Resultat war insofern zufriedenstellend, als der Patient in relativem Wohlbefinden noch 4 Monate lebte; er konnte ohne Beschwerden schlucken und athmen und vermochte sogar mit einer heiseren Gutturalstimme zu sprechen. Bei der Section fanden sich zahlreiche secundäre Geschwulstknoten in den Lungen und der Leber und eine Infiltration der Schilddrüse und der mediastinalen Gewebe. Die Diagnose, die auf Sarcom gestellt war, fand Bestätigung.

R. Lake: Microscopischer Befund bei acuter ulcerativer lacunärer Mandelentzündung.

Seit 5 Wochen bestand ein von einem grauen Schorf bedecktes, etwa 1 Shilling grosses Geschwür. Die ganze Mandel wurde exstirpirt. An dem vorschreitenden Rand des Ulcus fanden sich grosse Massen köpfchentragender Bacillen.

Edward Law: Zwei Fälle von gespaltenem Gaumen mit vergrösserten Tonsillen, unteren Muscheln und excessiven adenoiden Wucherungen.

Die Patienten waren Schwestern von 13 und 15 Jahren. Die Störung, um deretwillen allein sie ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, war die undeutliche Articulation beim Sprechen. Redn. ist der Ansicht, dass gerade dieser Punkt

durch einen chirurgischen Eingriff nicht gebessert werden würde und dass ausschliesslich ein chirurgischer Erfolg zu erwarten sei, während die Anwendung eines Obturators durch ein theilweises Misslingen der Operation nur erschwert würde.

Spencer räth zur Operation und nachherigen Sprachübungen vorläufig in einem der Fälle.

Spicer verlangt die Entfernung der übermässigen weichen Gewebe in Nase und Nasenrachenraum, die auf den Gaumen drücken und seine Vereinigung hindern.

Grant sah in derartigen Fällen nach Beseitigung der nasalen Hypertrophie ausgesprochene Besserung.

Butlin empfiehlt die Abtragung der Adenoiden, ehe man an den Schluss der Gaumenspalte herangeht.

Bond: Cystischer Tumor im Nasenrachenraum.

Es handelt sich wahrscheinlich um eine Cyste der Luschka'schen Tonsille. B. will dieselbe entfernen und untersuchen.

Bond: Ein Fall von hypertrophischer Laryngitis im Anschluss an membranöse Laryngitis ungewöhnlicher Art.

Der Patient, ein 28jähriger Mann, hatte mehrere Male im März grauweisse Membranen ausgestossen, welche die Basis der Epiglottis, die Taschenbänder, Stimmbänder und Interarytaenoidalraum bedeckt hatten. Die Temperatur bewegte sich zwischen 38 und 38,5 °. Wiederholte Untersuchungen ergaben, dass keine Diphtheriebacillen vorhanden waren; dagegen gelang die Isolirung des Bacillus pyocyaneus. Die Clinical Research Association stellte fest, dass dieser Bacillus bei einer Epidemie von membranöser Pharyngo-Laryngitis beim Geflügel gefunden worden war und gab ihrer Ansicht dahin Ausdruck, dass eine bestimmte causale Beziehung des Bacillus zn der Erkrankung vorliege.

Bond: Recidivirende Kehlkopfgeschwulst.

Eine dunkel gefärbte Geschwulst, die der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste übergeben wird.

Jobson Horne: Syringomyelie mit Parese der linken Hälfte des weichen Gaumens und Abductorlähmung des linken Stimmbandes.

Die Patientin ist eine verheirathete Frau von 31 Jahren. Die ersten Symptome (Kriebeln und Schwäche in den Händen) zeigten sich im Herbst 1895. Dr. Batten notirte Atrophie der kleinen Handmuskeln mit Klauenhandstellung; die Arme intact bis auf eine Schwäche des linken Deltoideus; gesteigerte Kniephänomene. Linksseitige Ptosis, die aber seit der Geburt bestand. Rotatorischer Nystagmus, links stärker als rechts, gesteigert bei lateraler Deviation, die Gesichtsmuskeln normal. Der Tastsinn vollständig erhalten, die Wärmeempfindung an beiden oberen Extremitäten und oberhalb des Schultergelenks herabgesetzt. Auch

die Schmerzempfindung ist etwa in demselben Bezirk verringert. Keine Entartungsreaction. Die linke Hälfte des weichen Gaumens paretisch und ebenso die Abduction des linken Stimmbandes paretisch. Die Zungenmuskeln und der Geschmack normal.

Bemerkenswerth sind rhythmische Oscillationen des fixirten Aryknorpels, welche bei der Exspiration zu beobachten sind, beim Phoniren aber aussetzen. Diese Bewegungen sind zu regelmässig, als dass man sie als choreatische auffassen könnte. Sie als Nystagmus zu bezeichnen, erscheint auch unberechtigt. Die Oscillationen lassen sich zurückführen auf einen Mangel an Tonus und an Coordination in dem motorischen Apparat. Symptome von Seiten des Kehlkopfes liegen nicht vor.

Semon erinnert an einen ähnlichen Fall, der der Gesellschaft vorgestellt wurde, aber unter einem anderen Namen, da die Diagnose erst später gestellt werden konnte. Das Fehlen laryngealer Symptome ist interessant. Die oscillatorischen Bewegungen des linken Aryknorpels haben übrigens choreatischen Typus.

Spicer glaubt, dass die Bewegungen des Auges und Gaumens synchron sind.

Lack betont, dass der als ähnlich bezeichnete Fall, den er vorgestellt hat, Crisen mit halbseitiger Lähmung des Gaumens und doppelseitiger Abductorenparalyse zeigte.

Horne fügt der Krankengeschichte noch hinzu, dass Lähmung des Trapezius nicht vorhanden war und auch keine Crisen vorkamen.

Clifford Beale: Krebs des Oesophagus und der Trachea mit Verengerung der letzteren und doppelseitiger Stimmbandlähmung.

Redn. demonstrirt die Präparate, die von einem Patienten stammen, der einer krebsigen Tracheal- und Oesophagusstenose nach 4 monatlicher Krankheit erlegen ist. Der Vagus rechts und der Recurrens links sind in der Geschwulstmasse eingebettet, welche 11 Zoll hinter der Zahnreihe gelegen war. Beide Stimmbänder standen in Cadaverstellung. Das Präparat zeigt die Zwecklosigkeit einer Tracheotomie, da 2 Stenosen bestehen; auch die Gefahr der Blutung beim Einführen einer Oesophagussonde liegt klar vor Augen.

Bond erwähnt einen Fall von doppelseitiger Abductorenparese, den St. Clair Thomson beobachtet hat. Der Patient, der an einer lingualen Neubildung litt, brachte sich in suicidaler Absicht eine Halsverletzung bei. Bei der Section zeigte sich der rechte Recurrens durchschnitten, der linke war durch eine carcinomatöse Drüse, die eine Metastase der Zungengeschwulst war, gedrückt.

Waggett: Einseitige Lähmung mit Vorlagerung des Aryknorpels und Dyspnoe.

W. stellt ein 22 jähriges Mädchen vor, das seit ihrer Kindheit eine Recurrenslähmung hat. Das linke Stimmband, das in Cadaverstellung fixirt steht, ist ausserordentlich kurz und der dazugehörige Aryknorpel sichtlich nach vorwärts und innen verzogen, so dass er auf den ersten Blick wie ein über die Glottis her-

überhangender Tumor erscheint. Am Halse sind Narben von früheren tuberculösen Abscessen zu sehen.

Dundas Grant weist darauf hin, dass auch eine Parese des linken Gaumens und der Zunge, ferner retinale Veränderungen am linken Auge vorhanden sind. Er glaubt deshalb, dass es sich um einen central gelegenen Process handelt.

St. Clair Thomson: Hypertrophische Laryngitis mit atrophischer Pharyngitis und Rhinitis nach Typhus und Diphtherie.

Pat., ein Mann von 40 Jahren, hatte erst Typhus und dann Diphtherie. Beim Verlassen des Krankenhauses bestand eine partielle Anaesthesie des Gaumens, Verdickung der Epiglottis und der Stimmbänder und eine gewisse Bewegungsbeschränkung des linken Stimmbandes. Auch wurde Regurgitation durch die Nase notirt.

Seither — jetzt 2 Jahre — entleert der Pat. übelriechende Krusten aus der Nase; die Stimme, die anfangs flüsternd war, ist stärker geworden, aber rauh geblieben. Gegenwärtig besteht keine Parese der Stimmbänder, dagegen ist eine Hypertrophie der Regio interarytaenoidea und der Taschenbänder, sowie eine geröthete und hypertrophische Partie beiderseits vor dem Processus vocalis zu constatieren. Ein Theil der Epiglottis und der Uvula ist verschwunden und Rachen und Nase bieten einen atrophischen und narbigen Zustand dar. Die Behandlung wurde neuerdings ausschliesslich auf den Rachen und die Nase gerichtet, doch hat auch der Zustand des Larynx dadurch erhebliche Besserung erfahren.

Ernest Waggett.

---

b) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 30. April 1897.

Vorsitzender: Dr. Milligan.

F. Tresilian stellt ausser 2 Ohrenkranken einen Fall von hereditärer Syphilis der Nase mit ausgebreiteter Zerstörung der Knochen vor; ferner einen Fall von Lupus des Naseneingangs und der unteren Muschel.

G. C. Wilkin stellt einen Fall von syphilitischer Laryngitis vor; das linke Stimmband ist in Abductionsstellung fixirt, der Kranke athmet bequem und spricht gut.

Milligan demonstrirt ein durch Operation geheiltes Empyem der Stirnhöhle. Die Höhle erwies sich bei der Eröffnung als voll mit Eiter gefüllt; der freie Abfluss wurde gesichert durch Erweiterung des Infundibulum und Einlegung eines breiten Drainrohrs, das aus der Höhle in die linke Nase führte.



Dundas Grant stellt 2 Fälle vor, bei denen die Vorwölbung der Halswirbel nasale Verstopfung verursachte, ferner 2 otologische Fälle.

Macnaughton-Jones: Ein Fall von Geschwür der Nase im Zusammenhang mit der Menstruation.

Die Ulceration erstreckte sich vom Naseneingang über die ganze Lippe bis auf die Lippenschleimhaut. Jedesmal zur Zeit der Periode trat eine ausgesprochene Exacerbation ein. Mehrfach wurde der Schorf entfernt und die Geschwürsfläche mit rauchender Salpetersäure, mit Quecksilbernitrat, später auch mit einer Zinkpaste geätzt. Ausserdem wurden die Krusten oft mit Salactol aufgeweicht und mit einer Chinosollösung 1 : 600 abgespült. Der Fall heilte schliesslich mit geringer Contraction der Narbe; Redner legt 2 Photogramme der Kranken vor. Ueber die Natur der Erkrankung liess sich weder durch die bakteriologische noch die histologische Untersuchung von Gewebsstücken Klarheit gewinnen.

Whistler stellt einen Fall von supraglottischem Tumor bei einem jungen Manne vor; die Geschwulst inserirte an der rechten Seite der Basis der Epiglottis.

Lake stellt einen Fall von Lupus des Kehlkopfes, der linken Septumseite und der linken unteren Muschel mit Erkrankung der Lunge vor.

Milligan demonstrirt mikroskopische Präparate von einem Sarcom der Nasenscheidewand und einer tuberculösen Geschwulst des Septums.

Discussion über die medicamentöse Behandlung und die Operationsmethoden bei adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraums.

Greville Macdonald betont, dass die Ausdehnung der Vegetationen nicht als ein zuverlässiger Hinweis auf die Nothwendigkeit der operativen Entfernung betrachtet werden darf. Die Regel lautet vielmehr: Nicht die Ausdehnung der Vegetationen, sondern der Grad der durch sie verursachten Störungen ist entscheidend für die Operation.

Dundas Grant bespricht die verschiedenen Operationsmethoden und Instrumente; er selbst zieht die aufrechte Position und die Anwendung von Stickoxyd vor.

Lennox Browne erörtert den causalen Zusammenhang zwischen den Adenoiden, Laryngismus stridulus, Papillomen bei Kindern, Enuresis nocturna und andern Formen von reflectorischer Erkrankung.

St. George Reid macht auf die deutliche Besserung der Articulation nach der Operation der Vegetationen bei jungen Kindern aufmerksam.

Wyatt Wingrave hält es für falsch, dass man von Recidiven spricht. Das vollständig entfernte adenoide Gewebe recidivirt nie. Wahrscheinlich handelt es sich in solchen Fällen um zurückgelassenes und später hypertrophirtes Gewebe.

Barclay Baron und Milligan sprechen zu Gunsten der Operation im

Liegen und unter Chloroform; ersterer lagert den Patienten auf die rechte Seite mit über dem Tischrand herabhängendem Kopfe.

Bark, Nourse und Wyatt Wingrave rühmen die Anwendung von Stickoxyd; letzterer erwähnt zahlreiche Unglücksfälle, die bei Chloroformnarkose vorkamen.

Milligan bespricht die grosse Bedeutung der Adenoiden für das Ohr; er verlangt ihre Entfernung auch bei geringer Ausdehnung.

Sitzung vom 16. Juli 1897.

Vorsitzender: Dr. Milligan.

George Stoker: Zur Behandlung mit Oxygen-Gas.

Redn. stellt eine Reihe von Patienten vor, die mit Wasserstoffsuperoxyd behandelt worden sind. Zuerst einen Fall von alter eitriger Otitis, dann einen Jüngling von 19 Jahren mit Ozaena, bei dem nach 2 monatlicher Behandlung die Krustenbildung und der üble Geruch aufhörten. Schliesslich einen 45jährigen Patienten mit Lupus des Gesichts, der mehrmals ohne Erfolg ausgekratzt worden ist. Nach der letzten Auskratzung wurde die Wunde mit Oxygen behandelt, worauf eine gesunde Vernarbung erfolgte.

Robert Woods drückt Zweifel aus, ob der sogenannte Lupus nicht vielmehr syphilitischer Natur war.

Macnaughton Jones spricht über die besonderen Indicationen der Oxygenbehandlung bei Otitis.

Auf eine Anfrage Reid's erwidert Stoker, dass Oxygen nicht vermischt mit Luft sich als zu reizend erwiesen hat. In dem von Woods angezweifelten Falle ist die lupöse Natur durch wiederholte Untersuchung festgestellt worden.

Milligan: Nasale Exostose.

M. demonstrirt eine breite gestielte Exostose von mammillarem Aussehen (Photogramm), die bei einem Manne von 69 Jahren die rechte Nasenseite obstruirte, das Antrum erfüllte und das Thränenbein von seiner Stelle verdrängte.

Die Geschwulst ist durch Operation von aussen her entfernt worden. Sie ging aus von der orbitalen Fläche des Oberkiefers und maass $1^1/_2$ bez. $1^1/_4$ Zoll.

John Bark: Epitheliom des rechten Stimmbandes. Thyreotomie.

41jähriger Mann, seit 2 Jahren heiser. Die vorderen $^2/_3$ des rechten Stimmbandes waren von einer weisslich-grauen papillären Geschwulstmasse eingenommen. Die Bewegungen beider Stimmbänder waren ganz frei.

Nach der Laryngofissur wurde das rechte Stimmband, das rechte Taschenband und der Aryknorpel entfernt. Die Reconvalescenz verlief ungestört. Bis jetzt — nach 4 Monaten — kein Recidiv.

Newbolt fügt noch hinzu, dass die Geschwulst nach vorn umschrieben und abgegrenzt war, nach hinten aber sich in die gesunden Gewebe allmählich verlor. Zellnester fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung reichlich vor.

Lake: Diagnostisch zweifelhafte Erkrankung des Kehlkopfes.

Mann von 44 Jahren, seit 6 Monaten heiser; früher syphilitisch inficirt. Das linke Stimmband ist fixirt, das rechte zeigt ein geschwollenes rothes Aussehen und bewegt sich schlecht. Jod ist gegeben worden.

Bark meint, dass das rechte Stimmband auf maligne Erkrankung verdächtig ist.

Woods räth Quecksilber zu geben und noch zu warten.

Peyler: Ein Fall von nasaler Verstopfung mit beerenförmigen Hypertrophien am freien Rande des Septums.

Die Verstopfung der Nase war verursacht durch hypertrophische Bildungen, die in der Nähe des freien Randes der Nasenscheidewand sassen und mit ähnlichen von den Muscheln ausgehenden Gebilden sich berührten.

Dundas Grant: Ein Fall von postnasaler Geschwulst, die in den Mundrachenraum hinabhing.

Nasenpolyp, von der mittleren Muschel entspringend. Das im Oropharynx sichtbare Ende hat ein rothes papilläres Aussehen.

Middlemas Hunt: Die vorbereitenden Uebungen und die Methodik beim Operiren von Kehlkopfgeschwülsten per vias naturales.

Redn. ist der Ansicht, dass die Ansprüche an die manuelle Geschicklichkeit, die für diese Operation benöthigt wird, durch die Erleichterungen, die das Cocain gewährt, nicht unerheblich herabgesetzt worden sind. In der Zeit vor der Einführung des Cocains war oft eine längere Einübung des Patienten nothwendig, wenn auch die Mehrzahl der Kranken in 3—8 Tagen so weit gebracht wurde, still zu halten. Andererseits ist eine mehrtägige Vorbereitung des Patienten auch heute noch wünschenswerth, und dann kommen Fälle vor, in denen Cocain keine Abstufung der Sensibilität erzielt oder sogar eine gesteigerte Reizbarkeit verursacht. Man soll das Cocain in starker Lösung (20proc.) und auf jeden Theil des Organs besonders appliciren; mit Rücksicht auf die Gefahr der Intoxication, die übrigens in der laryngealen Chirurgie seltener ist, als in der nasalen, soll man die Application mittelst des Wattebausches dem Gebrauch des Sprays vorziehen. Eine zweite Application, nachdem die Reizbarkeit wiedergekehrt ist, erzielt selten eine befriedigende Anaesthesie.

Redn. giebt dann eine Uebersicht über die klassischen Methoden der Exstirpation gutartiger Geschwülste. Er schliesst sich der Ansicht von Stoerk an, dass bei der Schlaffheit, die eine Folge der Cocain-Anaesthesie ist, die Anwendung von Schlinge und Guillotine nicht mehr rathsam ist. Die scharfe Zange ist in der Mehrzahl der Fälle am Platze, doch sind so starke Instrumente, wie sie z. B. von Mackenzie gebraucht wurden, unnöthig und gefährlich; sie behindern nur den Einblick, ohne dafür irgend einen Vortheil zu bieten. Meist benutzt Redner die scharfe schneidende Zange auf einem Schroetter'schen Handgriff oder die Krause'sche Doppelcurette. Das Cocain hat die rechtwinklige Form des Schaftes unnöthig gemacht; die Katheterkrümmung leistet zum Vorwärtsdrücken

der Epiglottis wertvolle Hülfe. Die Sicherheit, die die Grant'sche Zange bietet, ist nur eine relative und unangenehme Zufälle können auch beim Gebrauch dieses Instrumentes sich ereignen. Die Anwendung chemischer Aetzmittel und des Galvanokauters als principiell indicirt bei kleinen Geschwülsten lässt Redn. nicht gelten; die feine Zange von Schmidt macht die Abtragung auch der kleinsten Gewebsstückchen möglich. Ueber die directe Methode Kirstein's sowie über die von Spicer empfohlene Combination von Chloroform und Cocain hat Redn. keine persönliche Erfahrung.

Dundas Grant schliesst sich vollkommen dem an, was der Vorredner über die Abnahme der manuellen Geschicklichkeit gesagt hat; er empfiehlt Uebungen an dem Baratoux'schen Phantom. Die Sicherheit, die seine eigene Zange gewährleistet, ist natürlich nur eine relative. Dieselbe ist übrigens nur für Tumoren am Rande oder unterhalb der Stimmbänder angegeben. Für Geschwülste an der Commissur zieht er die Schlinge vor. Für Tumoren oberhalb der Stimmbänder empfiehlt er Whistler's Zange, die den Vortheil einer Ringzange bietet, jedoch ohne die von der Tubenzange untrennbare Aufwärtsbewegung.

Zur Verhütung des Wiederwachsens von Papillomen erwiesen sich alkoholische Lösungen von Salicylsäure als werthvoll.

Bark rühmt die Brauchbarkeit der Grant'schen Zange.

Lennox Browne: Ein Fall von Epitheliom des weichen Gaumens.

Die Anamnese des 48jährigen Mannes ergiebt ziemlich starken Alkohol- und Tabak-Genuss. Starke Gewichtsabnahme, jedoch keine Schmerzen oder Beschwerden beim Schlucken. Der ganze weiche Gaumen ist stark infiltrirt und mit einer warzigen Geschwulstmasse bedeckt. Die Uvula ist sehr verdickt. Die Gaumenbögen sind ergriffen, die Tonsillen nicht. Nach vorn scheint die Erkrankung genau mit der Grenze zwischen hartem und weichen Gaumen abzuschliessen. Lymphdrüsen sind gar nicht oder nur wenig geschwollen. Infolge einer Schwierigkeit beim Oeffnen des Mundes — ein congenitaler Defect — wurden die erkrankten Gewebe unter Cocain und partieller Chloroformanästhesie nur mit der Scheere abgetragen. Die von Wingrave vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab eine typische Epithelialgeschwulst mit zahlreichen Hornperlen. Es schien alles erkrankte Gewebe entfernt zu sein.

Dundas Grant: Ein Fall von Vorwärtsbiegung (Lordose) der Halswirbelsäule adenoide Wucherungen vortäuschend.

Die Stimme war von ähnlichem Klange, wie wenn adenoide Vegetationen bestanden. Die postnasale Verstopfung schien aber durch eine besonders starke Vorwärtsbiegung des Halswirbel, speciell des Atlas bedingt zu sein. Wenn der Kopf aufrecht gehalten wurde, war die Deformität und die Verstopfung verschwunden.

Dundas Grant: Ein Fall von Vorwölbung der Halswirbelsäule das Recidiviren adenoider Geschwülste vortäuschend.

In diesem Falle war die postnasale Verstopfung 5 Jahre vorher durch die

Exstirpation adenoider Vegetationen beseitigt worden. Der Patient war zur Behandlung überwiesen wegen traumatischer Coccygodynie.

Sitzung vom 29. October 1897.

Vorsitzender: Dundas Grant M. D., F. R. C. S.

Griffith C. Wilkin stellt einen Fall von Lupus der Nase und des Mundes vor.

Whistler hält den Fall auch für einen Lupus; er hält Syphilis für ausgeschlossen wegen des mangelnden Nachweises der Infection in der Anamnese, wegen des Nichtvorhandenseins von Knochenzerstörungen und schliesslich wegen des fehlenden Erfolges bei antisyphilitischer Behandlung.

Der Vorsitzende stellt 3 Fälle von Stirnkopfschmerz nasalen Ursprungs vor.

Lennox Browne bemerkt, dass das Interesse dieser Fälle in der Annahme liegt, dass der Stirnkopfschmerz das hervorstechendste Symptom der Erkrankungen der Nebenhöhlen ist. Was den Fall von Empyem der Kieferhöhle anbelangt, so beglückwünscht er den Vorsitzenden zu der Heilung desselben, die er durch Maassnahmen erzielte, welche man gewöhnlich nur als exploratorische ansieht. Eine Erklärung für diesen Erfolg aber sieht er in dem Umstand, dass das Empyem im Gefolge von Influenza entstanden war, die Entzündung also mehr eine acute war. Dies erklärt auch das Vorhandensein von Schmerz, der bei der chronischen Form selten ist.

Marsh erwähnt im Anschluss an den Fall von Keilbeinhöhlenerkrankung, dass bei 3 Fällen von Eiterung der Keilbeinhöhle, die er beobachtet hat, starker Kopfschmerz bestand, der nur vage localisirt und wiederholt auf den Scheitel verlegt wurde. Auch über Stirnkopfschmerz klagten seine 3 Patienten; dieser aber wurde auf die gleichzeitige Erkrankung der Siebbeinzellen bezogen.

Der Vorsitzende stellt darauf eine Frau von 59 Jahren mit maligner Erkrankung der Speiseröhre und der Schilddrüse vor.

Wyatt Wingrave stellt einen Patienten von 25 Jahren mit Aphonie vor; es handelt sich um eine Lähmung der Stimmbandspanner.

Tresilian spricht über 4 Fälle von Typhus mit Affectionen im Halse; dieselben bilden die Hälfte der 8 Typhusfälle, die im Laufe der letzten 2 Monate in seine Beobachtung kamen.

Pegler spricht über einen Fall von post-septalem Lymphom und zeigt mikroskopische Schnitte von demselben.

Mit einer Ansprache über „Einige Fortschritte auf dem Gebiete der Laryngologie, Rhinologie und Otologie" schloss der Vorsitzende, dem die Versammlung auf Anregung von Milligan und Barclay Baron ihren Dank aussprach, die Sitzung.

Ernst Waggett.



III. Briefkasten.

Das Wilhelm Meyer-Monument.

Die Enthüllung des Wilhelm Meyer-Monuments ist auf den 25. October, den Geburtstag des Verstorbenen festgesetzt worden. Die betreffenden Einladungen sind an die Vorsitzenden der früheren nationalen Comités, sowie an die Herausgeber der laryngologischen und otologischen Specialjournale ergangen. Das Centralblatt wird in der Decembernummer einen Bericht über die Feierlichkeit nebst einer Abbildung des Monuments bringen, und wird gern bereit sein, beides schon im Anfang des November den Redactionen anderer Specialjournale, die sich dieserhalb an den Herausgeber (39 Wimpole Street, W. London) wenden wollen, zur Verfügung zu stellen.

Die Einladung hat folgenden Wortlaut:

Copenhague le 12. Sept. 1898.

Monsieur!

J'ai l'honneur de vous faire savoir que l'inauguration du monument international érigé à Hans Wilhelm Meyer aura lieu à Copenhague le 25. Octb.

Sir Felix Semon a promis de prononçer le discours inaugural au nom du comité international.

Il nous fera grande plaisir si ceux qui ont contribué au monument et surtout les membres des comités de pays differents voudraient bien honorer la fête par leur présence.

Agréez, Monsieur, l'assurance de mes sentiments respectueux.

E. Schmiegelow,
Président du Comité international.

Zum internationalen medicinischen Congress 1900.

Im Programm des nächsten internationalen Congresses heisst es in Bezug auf unsere Specialität: „Le Congrès comporte une Section spéciale et autonome d'Otologie, Rhinologie et Laryngologie. A l'exemple des précédents congrès celle-çi est elle même subdivisée en deux sections secondaires, l'une consacrée à l'Otologie, l'autre à la Rhinologie et à la Laryngologie. Pour chacune de ces deux sections il a été un comité d'organisation, chargé de s'occuper de la partie scientifique du Congrès.“ — Diejenigen unserer Leser, welche sich der hartnäckigen Kämpfe erinnern, die das Centralblatt bei den meisten früheren internationalen Congressen um die Unabhängigkeit und Gleichberechtigung der Laryngologie mit anderen Specialitäten hat führen müssen, werden ohne weiteres verstehen, dass wir von diesen Bestimmungen nicht sehr erbaut sind. Wozu wird überhaupt zuerst eine Section für Otologie und Laryngologie constituirt, wenn man dieselbe sofort wieder in zwei Sectionen zerfallen lässt? Und die sections „secondaires“ schmecken doch bedenklich nach den „Subsectionen“ gegen die bei früheren Gelegenheiten so lebhaft protestirt worden ist. Wir hegen ganz und gar nicht den Wunsch, in eine neue Discussion über diese Frage bei der gegenwärtigen Gelegenheit einzutreten. Aber wir wollen uns das in harten Kämpfen errungene Recht: auf dem Fusse vollständiger Gleichheit mit anderen Specialitäten behandelt zu werden, nicht wieder entreissen lassen, und darum halten wir es für recht, hier principiellen Einspruch zu erheben, und dem oft und deutlich genug ausgesprochenen Wunsche der Angehörigen beider Specialitäten nach Constituirung je einer vollen laryngologischen und otologischen Section bei künftigen internationalen Congressen von Neuem kräftigen Ausdruck zu verleihen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. Berlin, November. 1898. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **F. Ostersetzer** (Wien). **Bericht über die Leistungen und Fortschritte auf rhino-laryngologischem Gebiete im Jahre 1897.** *Wiener medic. Wochenschrift. 1898. No. 3—6.*

Ausführliche Zusammenstellung der in genanntem Jahre erschienenen Publicationen auf dem Gebiete der Nasen- und Halskrankheiten. CHIARI.

2) **H. Burger** und **H. C. A. Campagne. Jahresbericht der Universitäts-Poliklinik für Halskrankheiten zu Amsterdam vom 16. September 1896 bis 1897. (Jaarverslag der gemeentelyke [universiteits-] polikliniek voor keelziekten te Amsterdam.)** *Geneesk. Courant. 24. April 1898.*

Behandelt wurden 552 männliche, 630 weibliche, im ganzen 1182 Patienten, von welchen 54 bereits früher in der Poliklinik behandelt wurden. Der detaillirten Tabelle folgen eine Anzahl erklärende Noten und mehrere ausführliche Krankengeschichten, von welchen einzelne hier in Kurzem folgen:

1. Ein Fall von subacuter Entzündung der linken Stirnhöhle, welche unter täglicher Durchspülung durch die natürliche Oeffnung in 4 bis 5 Wochen heilte.

2. Ein chronisches resp. recidivirendes Stirnhöhlenempyem, bei welchem gleichfalls Durchspülungen durch die natürliche Oeffnung gemacht wurden. Vor 3 Jahren wurde die linke Stirnhöhle eröffnet und konnte Ref. damals die Sondirbarkeit dieser Höhle vielen Collegen demonstriren, indem das durch die natürliche Oeffnung eingespritzte Wasser mit einem schönen Bogen aus der Stirnwunde hervortrat.

Pat. hat sehr starke Schleimhauthypertrophien ganz hoch und vorne am Septum, welche Ref. (Ned. Tijdsch. v. Geneesk. 1894) als Folgeerscheinung der Stirnhöhlenentzündung beschrieben hat.

3. Osteomyelitis acuta maxillae superioris sin. Ein 10jähriges Mädchen erkrankte unter heftigem Fieber mit schmerzhafter Schwellung der Wange. Neben der Nase entstand ein fistulöser Durchbruch, später stellte sich eine reichliche Naseneiterung ein. Bedeutende Schwellung der linken Wange und des Nasenrückens, ebenso wie der lateralen Nasenwand, Exophthalmus und Atrophie der Sehnervenpapille links. Aus der Wangenfistel wurde ein Sequester entfernt: die Kieferhöhle, nach Zahnextraction, in der Alveole angebohrt und täglich grosse Eitermengen aus derselben herausgespült. Sämmtliche Erscheinungen liessen allmälig nach. Fünf Monate nach dem Beginn der Erkrankung wurde ein Sequester der lateralen Nasenwand durch den unteren Nasengang extrahirt und von dem Moment an verschwand die Naseneiterung. Die Heilung war bis auf die Sehnervenatrophie, welche stationär blieb, eine vollständige.

4. Eine Cyste des Oberkiefers, welche einen grossen harten Tumor unter und neben der Nase bildete und eine Wölbung am harten Gaumen sowie am Boden der Nasenhöhle verursachte. Diagnostisch interessant war das Ergebniss der electrischen Durchleuchtung vom Munde aus, wobei die prominente Stelle ausserordentlich hell durchleuchtet wurde. In der chirurgischen Klinik wurde die Vorderwand der Höhle entfernt und mit Tamponnade nachbehandelt.

5. Ein inoperables Nasenrachensarcom bei einer 63jährigen Frau, welche um Linderung ihrer unerträglichen Kopfschmerzen bat. Mit dem Gottstein'schen Ringmesser wurde die Geschwulst einfach amputirt. Die Blutung stand sofort auf Tamponnade. Der Kopfschmerz wurde bedeutend gebessert.

6. Ein typisches Nasenrachenfibrom, welches bis in das äussere Nasenloch heruntergewachsen war und mit äusserst heftigen Blutungen einherging. Die von der Schädelbasis ausgehende Geschwulst wurde von Prof. Rotgans wiederholt operirt, recidivirte aber sehr schnell. In der Poliklinik wurde mit der Glühschlinge ein beträchtliches Stück abgetragen, wiederum von einer so bedeutenden Blutung gefolgt, dass sofortige Tamponnade und Aufnahme in die Klinik nothwendig war. Pat. ist durch die zahlreichen Blutverluste äusserst erschöpft und ist die Prognose wegen seines noch jungen Alters (18 Jahr) infaust.

Ausführlich werden die Tonsillarhypertrophien besprochen. Hypertrophie der Pharynxtonsille wurde 241 Mal constatirt (20 pCt. von allen Fällen); in 49 von diesen Fällen waren auch die Gaumentonsillen hypertrophisch. Nach dem Alter vertheilen sich die adenoiden Vegetationen folgendermaassen: 0—5 Jahre 18,7 pCt., 5—15 Jahre 68,6 pCt., 15—20 Jahre 8,7 pCt., über 20 Jahre 4 pCt. Was die secundären Ohrenerkrankungen betrifft, so wurde in 39 pCt. über verminderte Hörschärfe (mit oder ohne Otitis) geklagt; indessen wurden auch bei weiteren 36 pCt. Einziehung der Trommelfelle notirt, so dass nur bei 25 pCt. normale Ohren gefunden wurden. Zur Operation wurde mit Vorliebe das Kirstein'sche Ringmesser gebraucht; Narcose niemals angewendet. Von den mehr entfernten Symptomen wurde durch die Adenotomie Enuresis nocturna in einem Fall erheblich gebessert, Epilepsie in zwei Fällen geheilt; Epiphora 1 Mal, Asthenopie 1 Mal, Hyperämie der Augen 2 Mal, Conjunctivitis phlyctaenulosa 1 Mal und Accommodationsparalyse 1 Mal zum Schwinden gebracht.

H. BURGER.

3) **W. F. Chappell. Die Beziehungen der Hals- und Nasenkrankheiten zur allgemeinen Medicin. (The relation of throat and nose affections to general medicine.)** *N. Y. Med. Journal. 14. Mai 1898.*

Verf. bespricht den häufigen Zusammenhang von Hals- und Nasenkrankheiten mit allgemeinen Affectionen. Atrophische Rhinitis, Enchondrom, Septumperforation, recidivirendes Nasenbluten u. a. m. sind oft Secundärerscheinungen contagiöser Krankheiten, Schmerzhaftigkeit und Röthung der oberen Schleimhäute ein Ausdruck von latenter Gicht oder Rheumatismus. Acute Rhinitis und Laryngitis verbreiten sich nach abwärts auf Trachea und Bronchien oder umgekehrt. Magen- und Darmstörungen erzeugen Congestionen am Zungenrand und an der hinteren Rachenwand; Lithaemie verursacht Drüsenschwellung; Hysterie macht Aphonie, Oesophagismus und Dysphagie, Nebenhöhlenerkrankung Stirnkopfschmerz u. s. w. In allen diesen und vielen anderen Fälleu ist die Allgemeinbehandlung ebenso wichtig, wie die Lokaltherapie.

LEFFERTS.

4) **A. Hock** (Wien). **Ueber chronische Catarrhe der Respirationswege im Kindesalter.** *Wiener med. Blätter. No. 10. 1898.*

H. sagt, dass acute Erkrankungen der Respirationsorgane bei Kindern im Allgemeinen gutartiger Natur sind und selten chronisch werden. Chronische Catarrhe sind häufig nach Infectionskrankheiten zu beobachten, sowie bei adenoiden Vegetationen und hypertrophischen Tonsillen. Besonders hartnäckig sind die Catarrhe nach Morbillen und Influenza. Kurze Besprechung der Therapie. H. rühmt das Creosot und Creosotal, letzteres in 3—5 proc. Lösung.

CHIARI.

5) **Kafemann. Inhalation von Balsamicis bei Behandlung des Catarrhs der oberen Luftwege. (Inhalation of balsam in the treatment of catarrh of the upper air passages.)** *N. Y. Med. Record. 12. Februar 1898.*

Von folgender Mischung werden einige Tropfen auf Wasser in einer Flasche über der Spiritusflamme erwärmt:

Eucalyptol	0,25
Menthol	4,0
Terpinol	2,0
Extr. Pini	1,0

Die Dämpfe werden von dem Pat. durch ein Rohr durch die Nase eingesogen.

LEFFERTS.

6) **Freudenthal. Zur Abortivtherapie der Influenza. (To abort influenza.)** *N. Y. Med. Record. 5. Februar 1898.*

Verf. empfiehlt einige mittlere Dosen Calomel gleich nach Beginn oder doch vor dem dritten Tag der Krankheit zu geben.

LEFFERTS.

7) **Bresler. Kryofin zur Behandlung der Influenza. (Kryofine in the treatment of influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 1. Januar 1898.*

Kryofin ist ein geschmack- und geruchloses, in Wasser lösliches krystallinisches Pulver, das in seiner Zusammensetzung dem Phenacetin sehr nahe steht. Verf. gab dasselbe als Antipyreticum bei 16 Fällen von Influenza in einer Tages-



dose von 0,5. Er fand, dass das Mittel weitere Temperatursteigerungen verhütete, das bereits vorhandene Fieber aber nicht herabdrückte. 2 Mal trat bei neurotischen schwächlichen Frauen eine mässige Cyanose danach auf, aber ohne subjective Symptome.

LEFFERTS.

8) **Redactionelle Notiz. Zur Behandlung der Influenza bei Kindern. (For influenza in children.)** *N. Y. Med. News. 19. März 1898.*

Empfehlung von Salipyrin. Kinder von 5 Jahren sollen 0,24, zehnjährige 0,48 g 3 mal täglich bekommen.

LEFFERTS.

9) **Currieu** und **Pellon. Behandlung der Influenza mit Antistreptococcenserum. (The treatment of influenza with antistreptococcus serum.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Mai 1898.*

Die Verff. berichten über einen Fall von besonders schwerer Influenza mit cerebralen Erscheinungen. Da sich im Auswurf zahlreiche Streptococcen zeigten, wurden 4 Injectionen von je 20 ccm Marmorek'schen Serum gemacht. Das Fieber sank, was Antipyrin und Chinin nicht zu Stande gebracht hatten, und der Patient kam zur Heilung.

LEFFERTS.

10) **Schlesinger** (Wien). **Zur Lehre vom Asthma bronchiale.** *Wiener klinische Wochenschr. No. 15. 1898.*

Sch. untersuchte mit Hülfe der Radioskopie mehrere Asthmatiker während der Anfälle und kam zu dem Resultate, dass man nicht mehr berechtigt ist, das Wesen eines asthmatischen Anfalles in einem tonischen Zwerchfellkrampfe zu suchen.

CHIARI.

11) **L. Castairs. Eine zu lange Uvula als Respirationshinderniss bei der Narkose.** *Allg. Wiener med. Zeitung. No. 2. 1898.*

Die Uvula reichte mit ihrer Spitze in den Larynx. C. zog dieselbe mit einer Sperrpincette nach vorwärts, worauf die Narcose anstandslos vor sich ging. Verf. räth dringend zur jedesmaligen Besichtigung des Rachens vor einer Narcose.

CHIARI.

12) **J. Berdach. Beitrag zur Anwendung concentrirter Cocainlösungen.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 8. 1898.*

B. findet jegliche Furcht vor Intoxicationen bei Anwendung von stark concentrirten Cocainlösungen, auch häufig applicirt, nach seinen mehrfachen Versuchen für unbegründet.

CHIARI.

13) **Joseph S. Gibb. Die allgemeine und locale Anästhesie in der Laryngologie und Rhinologie. (General and local anaesthesia in laryngology and rhinology.)** *N. Y. Med. Journal. 26. März 1898.*

G. verwendet in grossem Umfange das Eucain, das ebenso stark anästhetisch wirkt, aber weniger toxisch ist, als das Cocain. In der Nase, im Nasenrachen und im Pharynx können alle Eingriffe unter Eucain vorgenommen werden. Nur für den Larynx benutzt G. auch weiterhin das Cocain, weil es weniger irritirend wirkt und darum nicht so leicht die störenden Kehlkopfspasmen auslöst.

Die Nase anästhesirt G. in der Weise, dass er zuerst beide Seiten mit einer 2proc. Lösung des Anästheticums — welches auch immer gewählt wird — aussprayt, um erst einmal die Empfindlichkeit herabzusetzen und dann in die Seite der Operation einen in 4—10 proc. Lösung getauchten kleinen Wattetampon für 5—8 Minuten einlegt.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Lieven. Perichondritis syphilitica des Nasenflügelknorpels.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1898.*

Demonstration zweier Fälle auf dem Tag der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte. In dem einen Fall wurde der betreffende Nasenflügel eitrig zerstört, in dem anderen kam es zu winkliger Knickung mit nach aussen offenem Winkel in Folge fibroider Metamorphose des Knorpels.

SCHECH.

15) **Joseph A. Kenefick. Die Erscheinungen der Syphilis in den oberen Luftwegen; mit einem Bericht über einen Fall von Schanker der Nasenscheidewand. (Some manifestations of syphilis in the upper respiratory tract with report of a case of chancre of the nasal septum.)** *N. Y. Medical News. 26. Februar 1898.*

Eine interessante und inhaltsreiche Arbeit. Verf. geht aus von der Häufigkeit der syphilitischen Erscheinungen im Hals und in der Nase und erinnert an das Wort eines hervorragenden Arztes: „Die einzige Krankheit, die man kennen muss, ist die Syphilis. Wer diese kennt, kennt die interne Medicin". [Etwas stark! Red.]

Primäre Syphilis der Nase ist keineswegs selten. Bis 1894 sind 37 Fälle berichtet, die 3—4 pCt. der Fälle von extragenitaler Infection ausmachen.

Der K.'sche Fall betrifft eine Frau von 30 Jahren. Das Septum zeigte eine Ekchondrose, auf derselben ein scharfrandiges, rundes, erhabenes Geschwür mit gelblichem Grunde. Die stark hypertrophische Muschel verschloss die Nasenseite. An den Lippen, am Zahnfleisch, weichen Gaumen und rechts am Schlundbogen waren charakteristische Plaques muqueuses vorhanden. Die Halsdrüsen, besonders die Submaxillardrüse der afficirten Seite waren stark geschwollen. Es wurde Schanker der Nasenscheidewand diagnosticirt. Unter specifischer Behandlung trat nach 10 Tagen Heilung des Ulcus und Besserung des Allgemeinbefindens ein.

Die secundären und tertiären Erscheinungen in der Nase sind bisweilen schwer auseinanderzuhalten. Frühe Periostitis und Chondritis mit rascher Zerstörung des Knochens kann vorkommen und gummöse Infiltrationen sind schon im 6. Monat nach der Infection beobachtet worden. Das Erythem der Schleimhaut ist gewöhnlich ein Begleiter der secundären Syphilis.

Tertiäre Syphilis der Nase wird nur zu oft beobachtet. Die Diagnose wird gestellt aus der Anamnese, dem microscopischen Charakter des neugebildeten Gewebes und dem Resultat der specifischen Behandlung.

Der Nasenrachenraum der kleinen Kinder trägt nicht selten die Zeichen der hereditären Lues, die zur Stenose und zum Verschluss durch narbige Contraction

der Weichtheile führt. Primäre Syphilis in dieser Gegend ist zum Glück nicht häufig. Bekannt und berüchtigt ist der Eustachische Katheter, den Fournier vor einigen Jahren in Paris entdeckte, nachdem er 40 Fälle inficirt hatte.

Primäre Läsionen der Lippen und Zunge sind nicht mehr selten. Jedes „Weh" und jedes „Geschwür" an derselben soll als verdächtig gelten, sobald es den gewöhnlichen Behandlungsmitteln Widerstand leistet.

LEFFERTS.

16) **O. B. Douglas. Ulcerationen der Nasenscheidewand. (Ulcerations of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1898.*

Rp. Fluid Extract Calendula 7,5
Lanolin
Albolin ana 30,0
M.D.S. Zur localen Application.

LEFFERTS.

17) **W. Milligan. Doppelseitiger Abscess der Nasenscheidewand. (Bilateral abscess of the septum nasi.)** *N. Y. Med. Journ. 28. Mai 1898.*

Krankengeschichte eines Falles, der einen 13jährigen Knaben betrifft.

LEFFERTS.

18) **T. C. Evans. Verbiegungen der Nasenscheidewand. (Deflections of the nasal septum.)** *N. Y. Med. News. 4. Juni 1898.*

Unter den Folgestörungen der Septumdeviation sind zu nennen die Deformität der Nase, Ungleichmässigkeit des Gesichts, Zusammenziehung des Alveolarbogens und Unregelmässigkeiten der Zähne. Weitere Complicationen und Folgen sind die Mundathmung, Sprachstörungen, chronische Taubheit, Heufieber, Stirnkopfschmerz, Hypersecretion der Nasenhöhle, Nebenhöhlenerkrankung, Pharyngitis, Laryngitis und Asthma.

Die von E. zur Behandlung des Leidens vorgeschlagene Operation entspricht im Wesentlichen der von Asch.

LEFFERTS.

19) **Emil Mayer. Die „Asch'sche Operation" bei Verbiegung der knorpligen Nasenscheidewand. Ein Bericht über 200 Operationen. (The „Asch operation" for deviation of the cartilaginous nasal septum with a report of 200 operations.)** *N. Y. Med. Record. 5. Februar 1898.*

Nach kurzen Bemerkungen über die Symptomatologie und Diagnose der Septumdeviationen bespricht Verf. die ganze Reihe der zu ihrer Heilung vorgeschlagenen Operationen. Viele derselben sind zu complicirt, um brauchbar sein zu können; andere, einfachere, werden selten angewandt, weil ihre Resultate zu wünschen übrig lassen. Als befriedigend kann nur eine Methode angesehen werden, welche die Schleimhaut intact lässt, das Septum gerade stellt, und schliesslich in ihren Resultaten auch Dauer hat. Alles dies leistet, wie Verf. an seinen Fällen zeigt, die Asch'sche Operation. Nur warum sie diesen Namen trägt, ist nicht einzusehen. Eine ganz ähnliche Operationsmethode hat vor Jahren bereits Steele beschrieben und empfohlen. Die Instrumente desselben und geringe Details in der Operationstechnik sind freilich andere. Alle wesentlichen Punkte aber stimmen bei beiden Operateuren überein. Steele's Schnitt ist sternförmig, Asch macht den Kreuzschnitt.

LEFFERTS.

20) **M. Schmidt. Ueber die Nachbehandlung nach Operation der verbogenen Nasenscheidewand.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1898.*

Während M. Schmidt früher nach Operationen von Spinen und Deviationen nicht tamponirte, legt er jetzt für 24 Stunden einen Tampon ein, der dann langsam mit warmem Wasser aufgeweicht und entfernt wird. Wurde sehr weit hinten tamponirt, dann wird zuerst ein fingerbreiter Dermatolgazestreifen in Form einer Schlinge eingeführt. Schliesslich werden aus Celluloid gefertigte, mit Byrolin oder Borlanolinglycerin bestrichene Plattenbougies eingelegt, was die Kranken selbst zu thun bald lernen.

SCHECH.

21) **Tissier. Geschwülste der Nase und der Nasennebenhöhlen. (Tumeurs du nez et des sinus.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 1. Januar 1898.*

In einer 33 Seiten starken Arbeit stellt Verf. die hauptsächlichsten Symptome und die Behandlungsmethode der in den Nasenhöhlen vorkommenden gutartigen und malignen Geschwülste zusammen. Hier und da kommen eigene Anschauungen zum Ausdruck, besonders bei der Besprechung der Histologie der Papillome.

E. J. MOURE.

22) **A. Logan Turner. Ueber die Durchleuchtung der lufthaltigen Schädelhöhlen mit Beobachtungen über die chirurgische Anatomie der Stirnhöhlen. (On the illumination of the air sinuses of the skull with some observations upon the surgical anatomy of the frontal sinuses.)** *Edinburgh Med. Journal. April und Mai 1898.*

Verf. untersuchte eine Reihe von Schädeln theils von Personen, die dem Anscheine nach gesund waren, theils von solchen, die an Nebenhöhleneiterungen litten. Was das Antrum Highmori anbelangt, so war die Intensität der Durchleuchtung bei dem einen wie dem anderen sehr variabel. Gelegentlich war nur die eine Seite durchleuchtbar; bei den Gesunden freilich wurde dies nicht beobachtet. Aber auch bei diesen kam es vor, dass die subjective Lichtempfindung fehlte, während die Höhlenwand durchleuchtet erschien. Von 12 Fällen, die als Höhleneiterung verificirt wurden, fehlte die Lichterscheinung bei elf.

Beobachtungen über die Durchleuchtung der Nasenbeine mit Rücksicht auf ihren diagnostischen Werth bei Ethmoiderkrankung ergaben auch bei Gesunden so erhebliche Schwankungen, dass Veränderungen bei Kranken augenscheinlich keinen Werth beanspruchen können.

Die Keilbeinhöhle kann nicht durchleuchtet werden. Auf die Stirnhöhle lenkte Verf. besonders seine Aufmerksamkeit. Das beste Resultat erhielt er, wenn er die Lampe an den Boden der Höhle placirte, etwas mehr als $^1/_2$ Zoll (17 mm) von der Mittellinie der Nase an deren Wurzel. Die Stirnhöhlen schienen auch hell beim Anlegen der Lampe beiderseits an der Stirn auf die vordere Sinuswand und die subjective Lichtempfindung wurde von dem Pat. nach innen verlegt. 43 Höhlen erwachsener Schädel wurden durchleuchtet, die durchscheinende Fläche auf dem Knochen abgezeichnet, dann die Vorderwand der Höhle entfernt und deren wirkliche Grösse mit der aufgezeichneten verglichen. Bei 22 Höhlen stimmte

das Scheinbild genau mit der wirklichen Grösse, der Rest zeigte gewisse Abweichungen. In keinem Falle täuschte die Durchleuchtung eine Höhle vor, wo eine solche nicht bestand; aber in 5 Fällen war eine Höhle vorhanden, ohne dass die Durchleuchtung ein positives Resultat ergab. Der Vergleich der Durchleuchtung bei vorhandenen Weichtheilen und später bei entblösstem Schädel zeigte, dass die Weichtheile die Durchleuchtbarkeit nicht aufheben, aber die Intensität doch abschwächen. Ungleichheiten in der Intensität des Bildes der beiden Seiten des Schädels kamen auch bei Gesunden vor. Bei Stirnhöhleneiterung hatte die Durchleuchtung wenig oder gar keinen diagnostischen Werth. Für die operative Behandlung kann dieselbe aber Dienste leisten, indem sie über die Dimensionen der Höhlen Aufschluss giebt. Leuchtet die erkrankte Höhle nicht, so kann man ihre horizontale Ausdehnung noch feststellen, indem man die andere Höhle erhellt und die Stellung der Scheidewand feststellt. Ueber die Variationen der Stirnhöhle, die er an 70 Schädeln studirte, bringt Verf. einige interessante anatomische Details bei.

P. Mc. BRIDE.

23) **W. T. Howard** und **J. M. Ingersoll. Ein Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie der Nasennebenhöhlenentzündungen. (A contribution to our knowledge of the etiology of inflammations of the accessory sinuses of the nose.)** *Amer. Journal of the Med. Sciences. Mai 1898.*

Die Arbeit enthält ausser einer sorgfältigen Uebersicht über die vorhandene Literatur einen eingehenden Bericht über die bacteriologische Untersuchung durch Cultur und Impfung, die die Verff. an 8 Fällen von Highmors'-Stirn- und Siebbeinhöhlenentzündung vorgenommen haben.

A. LOGAN TURNER.

24) **Lindt** (Bern). **Zur Diagnose und Therapie der chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 5 u. 6. 1898.*

Verf. leitet seine concise Arbeit mit der Beschreibung eines von ihm operirten Falles als Paradigma ein, an welchem er zeigt, welch weitgehende Störungen im Gebiet der Nase manchmal um sich zu greifen vermögen, bevor der Rhinologe von der Nase aus das eigentlich meist gutartige Uebel ganz aufdeckt und sachgemäss behandelt. Dann bespricht er die erst neuester Zeit entstammenden diagnostischen und therapeutischen Methoden. Bezüglich der Diagnose erklärt er die Polypen für nicht constant. Eiter im vorderen Theile der Hiatus weise auf Stirnhöhlen und vordere Siebbeinzellen, Eiter im hinteren Theile auf die Kieferhöhle und hintere Siebbeinzellen, Eiter in der Riechspalte und im oberen Nasengang auf Keilbeinhöhle und hinteres Siebbein; jedoch sei dies alles nicht constant wegen der zahlreichen Varietäten in den Formen der Knochen und im Verlauf der Knochencanäle. Das Empyem der Higmorshöhle wird leicht und sicher durch die Punction und Durchspritzung vom unteren Nasengang aus bestimmt; dasjenige der Siebbeinhöhlen durch die unentbehrliche Sonde, das der Sinus frontales (und des Sinus sphenoid.) durch Sondirung und Ausspülung. Ueber den bei der Sondirung so oft zu findenden rauhen Knochen bemerkt er, dass daraus nicht auf Nekrose, Sequester und Caries geschlossen werden könne und dass der Knochen wieder

glatt werde, wenn die Entzündung resp. Eiterung geheilt sei. Die Durchleuchtung sei nicht zuverlässig, sondern nur zur Controle event. nützlich.

Die Therapie bei combinirten Empyemen gelingt nur, wenn die letzte Zelle freigelegt und gereinigt resp. gründlich ausgekratzt ist. Das Empyem des Oberkiefers wird zunächst durch Ausspülung von einer Alveole (Cooper) aus oder, wenn die Zähne gesund sind, durch den unteren Nasengang (Jurasz) behandelt. Sonst kommt nur die breite Eröffnung und Auskratzung in der Fossa canina (Küster) zu Recht. Siebbeinzellen werden entweder vom Innern der Nase nach Wegnahme der mittleren Muschel durch Auskratzung geheilt oder wo es wegen der Beschwerden nothwendig und erlaubt ist, durch Eröffnung der Nase von aussen mittelst temporärer Resection der Nasenbeine behandelt. Beide Methoden können im Stiche lassen. Die Stirnbeinhöhleneiterungen verlangen in hartnäckigen Fällen mit Betheiligung des Knochens breite Resection der vorderen Wand und Auskratzung (Verödung nach Kuhnt). Viele Patienten muss und darf man ungeheilt entlassen, wo die Beschwerden gering sind oder in keinem Verhältnisse zu der Grösse des nothwendigen Eingriffes stehen. Man könne für die Nase nicht wie für das Ohr behaupten, dass jede Eiterung (die tuberculöse ausgenommen [Ref.]) heilbar sei!

JONQUIÈRE.

25) **Röpke. Die Radicaloperation bei chronischen Verschleimungen und Eiterungen der oberen Nasennebenhöhlen.** *Münchener med. Wochenschr. No. 25. 1898.*

Vorstellung von 11 Patienten auf dem Congresse der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte in Köln. R. ist der Ansicht, dass bei chronischen Stirnhöhleneiterungen das Siebbein fast in allen Fällen mitergriffen und vom Boden der Stirnhöhle aus zu behandeln resp. wegzunehmen sei.

Bei Erkrankung beider Stirnhöhlen wird die vordere Wand derselben weggenommen, ebenso das Septum, und wird die Pars nasalis der Stirnbeine weggemeisselt. Das kosmetische Resultat ist ein gutes, Behandlungsdauer 10 Tage bis 6 Wochen.

SCHECH.

26) **M. Scheier** (Berlin). **Ueber die Sondirung der Stirnhöhle.** Vortrag, geh. in der Berliner laryng. Gesellschaft. — *Wiener med. Presse. No. 10. 1898.*

Aus den Untersuchungen Scheier's geht hervor, dass die Ausführbarkeit der Sondirung der Stirnhöhle auch beim Lebenden über allen Zweifel erhaben ist, was am sichersten mit der Durchleuchtung nach Röntgen zu constatiren ist.

CHIARI.

27) **Röpke. Ein Fall von Stirnhöhleneiterung mit Durchbruch in die Orbita und in die vordere Schädelgrube.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1898.*

Vorstellung von Kranken bei der Versammlung der Vereinigung westdeutscher Ohren- und Halsärzte. Aufmeisselung der Stirnhöhle, die sehr gross war, Perforation der inneren Wand mit Granulationsbildung, durch welche hindurch man auf die Dura gelangt.

Eröffnung des grössten Theils der vorderen Wand und breite Fortmeisselung

nach dem cariösen Siebbein mit Ausschabung der Stirnhöhlenschleimhaut. Genesung.

SCHECH.

28) **W. Milligan. Aetiologie und Behandlung der eitrigen Stirnhöhlenerkrankung. (Etiology and treatment of suppurative disease of the frontal sinuses.)** *Lancet. 19. Februar 1898.*

Verf. giebt eine anatomische Beschreibung der Stirnhöhlen. Dieselben stehen mit der Kieferhöhle in Communication. Oft liegen eine Anzahl Zellen zwischen den Siebbeinzellen und der Stirnhöhle. Die Symptome der Stirnhöhleneiterung sind oft spärliche und vage. Verf. bespricht die Indicationen für einen operativen Eingriff. Er incidirt in der von Collier empfohlenen Weise in der Mittellinie. Der Knochen wird mit dem Meissel entfernt und durch die Höhle nach der Nase zu eine Hartgummiröhre eingelegt. Verf. hat 15 Fälle behandelt.

ADOLPH BRONNER.

29) **Barth. Empyem der Stirnhöhle. (Empyema of the frontal sinus.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1898.*

B. beschreibt seine Operationsmethode. Er eröffnet die Höhle mit dem Trepan, erweitert den Zugang derselben zur Nase und schliesst sofort die äussere Wunde. Er rühmt seine Resultate, die sowohl in Bezug auf die endgültige Heilung der Krankheit, wie in kosmetischer Hinsicht gute sind. Ausführlicher berichtet er über die Krankengeschichte eines Falles, der in 14 Tagen geheilt wurde.

LEFFERTS.

30) **Juffinger** (Innsbruck). **Empyem der vorderen Siebbeinzellen.** Wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck. Sitzung vom 16. December 1897. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1898.*

Mittelohreiterung seit Kindheit. Im inneren linken Augenwinkel, entsprechend dem oberen Lide eine Fistel, umgeben von hartem Infiltrate. Bulbus nach aussen gedrängt. Die rhinoskopische Untersuchung der linken Nasenseite ergab bulbäre Auftreibung der mittleren Muschel, welcher Tumor die linke Nasenseite fast ganz verstopfte. Nach Incision des Tumors entleerte sich reichlich Eiter und gelangte man mit einer Sonde in eine mit normaler Schleimhaut ausgekleidete Höhle, die sich bis zur Lamina papyracea erstreckte. Entweder handelte es sich um eine stark vergrösserte Bulla ethmoidalis oder um eine der vorderen Siebbeinzellen.

CHIARI.

31) **Schech. Zur Pathologie der Keilbeincaries.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 27. 1898.*

Mittheilung dreier Fälle; der erste betraf eine 20jähr. Frau, welcher nach Entfernung eines grossen Nasenrachenpolypen die Keilbeinhöhle ausgespült wurde, worauf die Erscheinungen des Zuckerstiches auftraten. Gleichzeitig Oculomotoriuslähmung, später Erblindung. Die Section ergab Gliosarcom mit fast völliger Zerstörung des Keilbeins. Die zwei anderen Fälle betrafen Luetiker, bei denen der eine einen apoplectischen Zufall, der andere wiederholt Anfälle von Bewusstlosigkeit und Erbrechen bekommen hatte, und die beide nach der allgemeinen und

localen Behandlung geheilt wurden. Verf. schliesst daraus, dass man mit localen Eingriffen in der cariösen Keilbeinhöhle sehr vorsichtig sein soll.

Autoreferat.

32) **Westmacott. Die Highmorshöhle. (The antrum of Highmore.)** *The Lancet. 5. Februar 1898.*

Kurzer Auszug aus einem in der Pathological Society of Manchester gehaltenen Vortrag. W. demonstrirte zahlreiche Präparate. ADOLPH BRONNER.

33) **A. Douglas. Empyem der Kieferhöhle bei einem 8 Wochen alten Kinde (Empyema of the antrum in a child 3 weeks old.)** *British Medical Journal. 5. Februar 1898.*

Mit 2 Wochen bekam das Kind ein krankes Auge. Als Verf. es eine Woche später sah, hatte es Exophthalmus des rechten Auges, die Backe war geschwollen und bei Druck auf dieselbe trat Eiter aus dem rechten Nasenloch. Der Mundboden war rechts erheblich vorgewölbt. Es wurde eine Incision innen im Munde an der Aussenseite der Alveolen (!) gemacht. Das Kind genas.

Die Geburt war normal verlaufen; die Mutter aber hatte ein paar Tage lang eine kranke Brustwarze gehabt. ADOLPH BRONNER.

34) **Franz Berger. Das Empyem der Highmorshöhle. (L'empyème de l'antre d'Highmore.)** *Rev. internat. de rhinol. etc. No. 1. Januar 1898.*

Verf. bespricht nur das acute Empyem, das von den Zähnen ausgeht und äusserliche Erscheinungen macht. Er empfiehlt die Eröffnung von der Alveole aus. Die latenten Empyeme übergeht Verf. mit Schweigen. E. J. MOURE.

35) **Killian. Veränderungen der Schleimhaut der Kieferhöhle bei Empyem.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1898.*

Killian demonstrirte auf der V. Jahresversammlung süddeutscher Laryngologen mehrere Präparate von Kieferhöhlenempyem; bei dem ersten bestand die Schleimhaut aus narbigem Bindegewebe, Schleimhaut beträchtlich verdickt und unregelmässig, einzelne Vorwölbungen entsprechen grösseren Cysten; auch die knöcherne Wand ist verdickt und sclerotisirt. Bei dem 2. Präparat finden sich ausgedehnte stachelige Osteophyten und freie Knochenplatten sowie zackige Knochenstücke, am Proc. uncinatus und der Bulla polypöse Hypertrophie; auch an der Keilbeinhöhle bestand bindegewebige Verdickung der Schleimhaut und Volumzunahme der Knochenwände. SCHECH.

36) **N. Stevenson. Diagnose des Highmorshöhlenempyems. (Diagnosis of empyema of the antrum.)** *Brit. Med. Journ. 26. Februar 1898.*

In einem Falle von Verdacht auf Antrumerkrankung ergab die Durchleuchtung kein Resultat. Es bestand ausgedehnte Erkrankung des 2. und 3. Molarzahnes und des zugehörigen Processus alveolaris. ADOLPH BRONNER.

37) **P. J. Mink** (Zwolle). **Carbol sulforicinicum bei tuberculösen Knochenleiden. (Carbol sulforicinicum bij tuberculeuze been-aandoeningen.)** *Med. Weekbl. 15. Januar 1898.*

M. hat durch energische Einpinselungen mit diesem Mittel eine leider nicht

mikroskopisch diagnosticirte Tuberculose des Oberkiefers, welche zu ausgedehnter Necrose der facialen Wand der Highmorshöhle, sowie zu ausgedehnter Granulationsbildung geführt hatte, zu vollständiger Vernarbung gebracht. Eine Beckenhöhlen-Tuberculose bei demselben Patienten wurde mit diesem Mittel gleichfalls zur Heilung gebracht. Auch in einem Falle von Tuberculose der Nasenscheidewand hat sich das Mitel gut bewährt.

H. BURGER.

38) **Segond** (Paris). **Fremdkörper in der Kieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire.)** *Société de chirurgie. 2. März 1898.*

Ein silbernes Röhrchen war in dem Antrum vergessen worden und wurde durch die Röntgen-Untersuchung daselbst entdeckt.

PAUL RAUGÉ.

39) **Kirstein** (Berlin). **Nageltroicart für die Oberkieferhöhle.** *Allgem. medic. Central-Zeitung. 13. 1898.*

Zur Punction der Oberkieferhöhle empfiehlt Kirstein eine aus Mannesmannstahlrohr angefertigte Canüle, deren dreikantig zugespitzter Stachel einen Meisselkopf birgt. Nach Anästhesirung der zu perforirenden Stelle der Mundschleimhaut wird die Oberlippe in der Nähe des Mundwinkels der betr. Seite hochgehoben und der Troicart oberhalb der Schleimhaut-Umschlagfalte (also durch die faciale Wand der Höhle durch) mit leichtem Herumschlagen in die Höhle hineingetrieben. Nach Herausnahme des Stachels kann die Höhle ausgeblasen oder ausgespült werden. Eine Infection der kleinen Wunde vom Munde ist nicht möglich, da der Einstich sich in der Schleimhaut der freiherabhängenden Lippe befindet, weit weg von dem durchbohrten Knochen.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

40) **Jessen. Ueber die Tonsillen als Eingangspforte für schwere Allgemeininfectionen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1898.*

Mittheilung mehrerer Fälle, bei denen die Tonsillen die Eingangspforten für Gelenkrheumatismus, Sepsis, wandernde Pneumonie, Pericarditis, Pleuritis und nephritische Reizungen waren. Auch der scrophulöse Habitus wird öfter durch Entfernung der vergrösserten Rachentonsille zum Schwinden gebracht.

SCHECH.

41) **Apert. Der Tetragenus bei Anginen. (Le tétragène dans les angines.)** *Société de Biologie. 29. Januar 1898.*

Der Tetragenus, den man ziemlich häufig im gesunden Halse trifft, kann unter gewissen Umständen zu Anginen Anlass geben. Diese Form von Angina ist characterisirt durch das Auftreten weisser Punkte am Gaumensegel, auf den Gaumenbögen und an der hinteren Rachenwand.

In allen Fällen, die Verf. beobachtet hat, gingen der Tetragenus-Angina Krankheitsprocesse an den Pleuren voran.

PAUL RAUGÉ.

42) **Troisier** und **Decloux** (Paris). **Phlebitis des Beins im Anschluss an eine Streptococcen-Angina. (Phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques.)** *Société méd. des Hôpitaux. 28. Januar 1898.*

Phlebitiden dieses Ursprungs sind selten bekannt gegeben. Es handelt sich um einen 19jährigen jungen Mann, der in der Reconvalescenz von einer Angina mit Streptokokkenbefund eine Phlebitis am Bein bekam. Im Blute fanden sich keine Streptokokken. Die Phlebitis war von gutartigem Charakter und verging nach 10 Tagen; die kurze Dauer derselben ist bemerkenswerth.

PAUL RAUGÉ.

43) **d'Espine** (Genf). **Erythematische Pneumococcen-Angina. (Angine érythémateuse par des pneumococces.)** *Revue méd. Suisse rom. 2. 1898.*

Seltene Form. Verlauf günstig. JONQUIÈRE.

44) **Lemoine** (Paris). **Ulcerös-membranöse Angina mit spindelförmigen Bacillen und Spirillen. (Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles.)** *Société méd. des Hôpitaux. 18. März 1898.*

Diese Form von Angina scheint mit der von Vincent in der Sitzung vom 11. März 1898 beschriebenen identisch zu sein. In klinischer Hinsicht handelt es sich um Anginen mit Ulcerationen, für die der von Vincent vorgeschlagene Name der diphtheroiden schlecht passt. Verwechslung mit Diphtherie ist doch nur im allerersten Anfang möglich. Die rasche Entwicklung der Geschwüre sichert bald die Differentialdiagnose.

In bakteriologischer Beziehung fand Verf. dieselben an den Enden zugespitzten, in ihrer Mitte aufgeschwollenen Bacillen, die nach Gram nicht färbbar sind, ausserdem zahlreiche Spirillen.

Lemoine hat 5 Fälle dieser Art beobachtet. In 3 von ihnen war der Krankheitsverlauf ein ziemlich chronischer; ein Fall dauerte 70 Tage.

PAUL RAUGÉ.

45) **Gosewer. Ueber die Complicationen der Angina. (K woprosu ob osloshnenijach sbabi.)** *Wratsch. No. 7. 1898.*

In einem Fall von Angina lacunaris erythematosa erkrankte bald nach der Besserung des Kranken die Schwester desselben an Angina mit nachfolgendem Morbus Brighti acutus, während die Mutter um dieselbe Zeit auch an Halsweh und ein ganz kleines Kind an Diarrhöen litt.

In einem anderen Fall beobachtete Verf. in der Familie eines Arztes gleichfalls Complication von Angina mit acutem Morbus Brightii.

Warum aber der Autor gerade bei Mittheilung dieser Complication es für nothwendig hielt vor den galvanocaustischen Aetzungen der Nasenmuschel zu warnen, bleibt mir unklar. P. HELLAT

46) **L. Redtenbacher. Angina tonsillaris. Status thymicus. Tod.** *Wiener med. Presse. No. 15. 1898.*

31jährige Patientin leidet seit wenigen Tagen an Kopfschmerzen, seit 12 Stunden tiefe Benommenheit. Temperatur 39,3°, Puls 120, Respiration 30,

costal, tief. An der Haut des Rumpfes hellrothe, unter dem Fingerdrucke abblassende rundliche und längliche Flecken. Pupillen enge, träge reagirend. Parese des linken Gesichtsfacialis. Mund nur mit grosser Gewalt zu öffnen. Lippen und Zähne mit schwarzem, schmierigem Belage bedeckt. Mund- und Rachenschleimhaut stark geröthet, geschwellt, beide Tonsillen in folliculärer Entzündung. Bald war die Parese des linken Facialis geschwunden, es trat aber eine solche des rechten Facialis ein. Exitus. Section ergab u. A.: beiderseitige eitrige Entzündung der Tonsillen, Vereiterung der Follikel am Zungengrund, Oedem der aryepiglottischen Falten. Thymusdrüse in Form zweier grosser Lappen persistent. Parenchymatöse Degeneration der Leber und Nieren.

CHIARI.

47) **M. d'Arcy Magee. Eigenartige Einkeilung einer Gräte. (Peculiar lodgement of a fish bone.)** *N. Y. Med. Journal. 19. Februar 1898.*

Verf. erkannte mit dem Spiegel einen kleinen weissen Belag in der Tiefe einer Tonsillarcrypte; beim Versuch denselben zu entfernen, zog er eine $^1/_2$ Zoll lange gebogene Gräte heraus. Bemerkenswerth ist die tiefe Lage derselben, die kaum eine sichtbare Spur liess und der Schmerz, den Pat. im rechten Ohr und hinten in der Nase localisirte.

LEFFERTS.

48) **C. Henry Leonard. Eigenartige Einkeilung eines Fremdkörpers im Halse. (A peculiar lodgement of a foreign body in the throat.)** *N. Y. Med. Journ. 26. März 1898.*

L. sah einen kleinen dunklen Fleck an dem unteren und hinteren Drittel der Tonsille. Derselbe liess sich nicht einfach abwischen. L. nahm die Zange und entfernte zu seiner Ueberraschung einen $1^1/_4$ Zoll langen Holzsplitter von dunkelbrauner Farbe, der seiner ganzen Länge nach im Gewebe der Tonsille und der Rachenwand gesteckt hatte.

LEFFERTS.

49) **P. Videbech** (Kopenhagen). **Ueber die Anwendung der Elektrolyse bei inoperablen bösartigen Geschwülsten. (Om Anvendelsen af Elektrolyse ved inoperable ondartede Svulster.)** *Hospitals-Tidende. No. 24. 1898.*

Von den in V.'s Arbeit beschriebenen Fälle von electrolytisch behandelten Geschwülsten hat nur der folgende für die Leser des Centralblattes Interesse:

Es handelte sich um einen 6jährigen Knaben, der von Schmiegelow im Jahre 1888 behandelt wurde. Im Laufe von 10 Wochen hatte sich im Schlunde eine derbe breitbasige Infiltration entwickelt. Die Neubildung sass in der rechten Seite des Schlundes und füllte diesen beinahe vollständig aus. Die Sprache war näselnd, die Schleimhaut von natürlicher Farbe. Auf der rechten Seite des Halses bestand eine grosse indolente Drüsenschwellung. Im Laufe von 5 Monaten verschwand die Neubildung nach 33 electrolytischen Sitzungen (die Cathode wurde in die Neubildung eingestochen; 40 Milliampères; 12 Mal wurden beide Electroden in der Neubildung placirt). — 1897 wurde der Knabe wieder untersucht und Heilung constatirt. — Schmiegelow glaubt, dass die Geschwulst sarcomatöser Natur war. —

SCHMIEGELOW.

50) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Verwachsung von Gaumensegel und Rachenwand. (Vergroeling van palatum en achtersten pharynxwand.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. 1898.*

Demonstration eines 6jährigen Kindes mit fast totaler Verwachsung vom Gaumen mit der hinteren Pharynxwand nach Diphtherie. Mit einer stark gekrümmten Scheere hat M. den Gaumen abgelöst und einen von Hajill zu diesem Zweck construirten Apparat applicirt, mit dem das Kind jetzt ruhig schläft.

In der Discussion bemerkt Guldenarm, dass er von dieser Methode keinen bleibenden Erfolg erwartet und empfiehlt eine plastische Operation.

H. BURGER.

51) **A. Brown Kelly. Weite pulsirende Gefässe im Rachen. (Large pulsating vessels in the pharynx.)** *Glasgow Med. Journal. Januar 1898.*

Verf. beschreibt 4 Fälle von pulsirenden Gefässen im Rachen, die er selbst beobachtet hat und giebt eine literarische Zusammenstellung der einschlägigen Publicationen. Er bespricht die anatomischen Verhältnisse, die hierbei in Frage kommen und kommt zu der Ansicht, dass in zahlreichen, wenn nicht in allen Fällen die Prominenz der pulsirenden Pharynxgefässe auf eine Schlängelung der Carotis interna zurückzuführen ist.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

52) **M. Hagedorn** (Hamburg). **Das benigne Pharynxgeschwür (Heryng).** *Aerztl. Centralanzeiger. No. 2. 1898.*

Ausführliche Mittheilung der von Heryng angegebenen charakteristischen Merkmale für diese Affection. Sodann Besprechung der Differentialdiagnose gegen catarrhalische Geschwüre, Angina ulcerosa, Diphtherie, Herpes, Lues, Tuberculose und Aphthen. — Als therapeutische Maassnahmen empfiehlt Verf. indifferente Sprays und Aetzungen mit Arg. nitric. Uebrigens glaubt H., dass diese Affection auch ohne jegliche Behandlung heilt.

CHIARI.

53) **Redact. Notiz. Gegen chronische folliculäre Pharyngitis. (For chronic follicular pharyngitis.)** *N. Y. Med. News. 2. April 1898.*

Rp. Jodi puri 0,18
Kalii jodati 0,3
Ac. trichloracetici 0,36
Glycerin
Aqua dest. ana 30,0.

M.D.S. Mittelst Wattebausch pur oder verdünnt im Rachen zu appliciren.

LEFFERTS.

54) **Sajous. Gegen atrophische Pharyngitis. (Atrophic pharyngitis.)** *N. Y. Med. Record. 5. Februar 1898.*

Pilocarpin. muriat. 0,12
Aqua dest.
Glycerin ana 30,0.

LEFFERTS.



55) **Redact. Notiz. Gegen Pharyngitis sicca. (For pharyngitis sicca.)** *N. Y. Med. News. 29. Januar 1898.*

Ac. carbolic. 3,75
Tct. Jodi 0,3
Tct. aloes 0,42
Tct. opii gtt. X
Glycerin 30,0

M.D.S. Mittelst Zerstäubers mehrmals täglich im Rachen zu appliciren.

LEFFERTS.

56) **C. A. Wilson Prevost. Rachenmykose. (Mycosis of the pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 5. März 1898.*

Eine eingehende Studie über die ziemlich seltene [? Red.] Affection. Leptothrix buccalis, der am häufigsten in den weissen Pfröpfen gefunden wird, kann nach Verf. nicht als Ursache der Krankheit angesehen werden, da neben diesem Pilz auch Oidium albicans, der Mikroorganismus der Nigrities linguae, eine Sarcine und Aspergillus fumigatus vorkommen. Die Aetiologie der Erkrankung ist noch dunkel. Die von verschiedenen Autoren angegebenen Momente, catarrhalischer Zustand des Rachens, Dyspepsie, Zahncaries, Acidität des Speichels, chronisch-recidivirende Tonsillitis u. A., sind als accidentelle Ursachen anzusehen.

Die Prognose ist günstig, trotzdem das Leiden der Behandlung erheblichen Widerstand entgegensetzt. Die Therapie besteht in Reinigung des Halses mittelst heisser Gurgelungen und einer 1proc. Resorcinlösung, dann Entfernung der mycotischen Gebilde mittelst der Zange oder galvanischer oder thermischer Caustica, schliesslich Application von 1 proc. Chlorzinklösung, Milchsäure, Chromsäure, Gerbsäure, Eisensäure u. ähnl. mehr.

LEFFERTS.

57) **R. P. Lincoln. Mundrachenmykose. (Oropharyngeal mycosis.)** *N. Y. Medical News. 30. April 1898.*

L. hat 3 Fälle von Mykosis beobachtet. Der allgemeine Arzt sieht diese Krankheit häufiger als der Specialist. Dieselbe wurde lange übersehen, theils weil sie häufig mit anderen Krankheiten verwechselt wird und schliesslich weil sie oft spontan verschwindet. Ueber die Aetiologie der Rachenmykose ist die Meinung getheilt; ihr Ursprung und ihre specifische Natur sind noch strittig. Nach L.'s Meinung liegen die Pilzwucherungen nicht auf der Schleimhaut, sondern innerhalb derselben in den Falten und Lacunen des lymphoiden Gewebes. In therapeutischer Hinsicht verlässt L. sich auf den Galvanokauter und das Pyoctanin. Mit diesen beiden heilt man bei genügender Ausdauer die Patienten, freilich, wie Wright sagt, L. aber nicht glaubt, post hoc non propter hoc.

LEFFERTS.

58) **T. K. Hamilton** (Adelaide S. Australia). **Ulceration des Rachens bei hereditärer Syphilis. (Ulceration of the pharynx in hereditary syphilis.)** *Austral. Med. Gazette. 20. April 1898.*

Der Fall betrifft ein 13 jähriges Mädchen. Der Rachen war schwer ergriffen. Von Interesse ist die späte Entwicklung des destructiven syphilitischen Processes

bei dem sonst dem Anschein nach gesunden Mädchen, das nie vorher Zeichen hereditärer Syphilis dargeboten hatte.

A. J. BRADY.

59) **Plicque. Tuberculose des Rachens beim Kinde. (Tuberculose du pharynx chez l'enfant.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 3. März 1898.*

Verf., der über eigene Erfahrungen nicht gebietet, giebt eine Besprechung der Arbeit von Siegert (Jahrbuch für Kinderheilkunde, XLV, p. 137).

E. J. MOURE.

60) **Nachod. Lupus der Pharynxschleimhaut.** Verein deutscher Aerzte in Prag, October-Sitzung 1897. — *Wiener med. Wochenschr. No. 3. 1898.*

30pCt. Milchsäure, nach 6 Wochen Heilung.

CHIARI.

61) **Vallas. Pharyngotomia transhyoidea. (Pharyngotomie transhyoidienne.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 6. Januar 1898.*

Vorstellung eines Kranken, bei dem V. vor 2 Jahren seine Operation wegen einer unmittelbar über der Epiglottis sitzenden syphilitischen Stenose des unteren Rachens gemacht hat. Die sehr enge Strictur behinderte das Athmen und Schlucken und hatte auf die allgemeine Gesundheit in ausgesprochener Weise nachtheilig eingewirkt. Nach einem ersten Versuch der internen Durchschneidung der Verengerung war ein Recidiv gefolgt.

Die Pharyngotomie hat sehr günstig gewirkt. Pat. schluckt und athmet jetzt ganz frei, sein Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet.

PAUL RAUGÉ.

62) **Melvin M. Franklin. Retropharyngealabscess mit Ulceration der linken Carotis interna (?), gefolgt von rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie; Ausgang in Heilung. (Retropharyngeal abscess ulcerating into the left internal carotid artery [?] followed by rightsided hemiplegia with aphasy and recovery.)** *N. Y. Med. News. 19. Februar 1898.*

Der Fall ist bemerkenswerth wegen der Seltenheit seiner Complicationen, des plötzlichen Eintritts der schweren Symptome und vor allem wegen seines Ausgangs in vollständige Heilung.

Verf. fand das Kind im Collaps, aus Mund und Nase blutend. Er gab zur Anregung Strychnin und Atropin, ferner subcutan Ergotin. Die genauere Untersuchung ergab eine pulsirende Schwellung an der linken Seite des Halses. Es wurde Druck und Eis applicirt und dann, nachdem in der Nase ein Coagulum sich gebildet hatte und die Blutung aus dem Munde (wohl in Folge der Syncope) nachliess, wurde eine subcutane Kochsalzinfusion gemacht. Das Kind erholte sich etwas und konnte den Mund öffnen. Verf. sah nun, dass das Blut hinter dem linken Gaumenbogen hervortrat. Um die blutende Stelle zu comprimiren, wurde ein Stück Schwamm mit einem weichen Catheter, der durch die Nase eingeführt war, fest gegen die seitliche Rachenwand gedrückt. Die Stimulantien wurden stundenlang weiter gegeben, bis sich das Kind erheblich erholt hatte. Drei Tage lang blieb der Zustand unverändert, während der Tumor am Halse verschwand. Als dann die nasalen Gerinnsel entfernt wurden, trat eine leichte Blutung auf, die

aber durch locale Styptica bald gestillt wurde. — Nach einem Monat war das Kind gesund.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

63) **Gouguenheim** (Paris). **Statistisches über die Diphtherie. (Statistique de diphthéries.)** *Société médicale des Hôpitaux. 25. Februar 1898.*

Auf Verf.'s Abtheilung im Hôpital Lariboisière wurden 150 Fälle von Diphtherie im letzten Jahre behandelt. G. zieht folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

1. Der kurze Bacillus kommt vornehmlich bei der Diphtherie der Erwachsenen zur Beobachtung.
2. Der lange Bacillus dagegen wird sehr gewöhnlich bei der Diphtherie der Kinder angetroffen.
3. Die Impfungen erweisen, dass der kurze Bacillus viel weniger virulent ist als der lange.

Ob der kurze Bacillus ein echter Diphtheriebacilllus ist, bleibt für G. noch eine offene Frage.

PAUL RAUGÉ.

64) **Dzepjgowsky. Ueber das Schicksal des Diphtheriegiftes im thierischen Körper. (K woprosu o sudbe difteriinawo jada w tele shiwotnawo.)** *Wratsch. No. 13. 1898.*

D. stellte sich die Frage, ob das Diphtheriegift durch den Harn ausgeschieden wird, wenn man dasselbe subcutan in den Organismus einführt.

Bei seinen Untersuchungen fand er jedoch niemals das Diphtheriegift im Harn; Injectionen von Harn erwiesen sich als indifferent.

Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Bei Pferden wird das Diphtheriegift bereits im Blute vernichtet, bei anderen Thieren aber erst in den Organen, welche Fermente zurückzuhalten im Stande sind.

P. HELLAT.

65) **Richardière** (Paris). **Das Vorkommen des Diphtheriebacillus in den Organen. (Présence du bacille diphthérique dans les organes.)** *Société médicale des Hôpitaux. 21. Januar 1898.*

R. berichtet über weitere 4 Fälle, bei denen er in Gemeinschaft mit Tollemer und Ulmann den Diphtheriebacillus im Blut und in den nervösen Centralorganen nachweisen konnte. Die Generalisation des Diphtheriebacillus, die nach den ersten Mittheilungen von Barbier eine Seltenheit schien, erweist sich danach mehr und mehr als häufiges Vorkommniss und vielleicht wird die anscheinende Ausnahme noch zur Regel.

In einem Falle war der Bacillus im Hals schon nicht mehr zu constatiren, als er im Blut, in der Lunge und in der Medulla oblongata noch nachweisbar war und zwar im Zustande der Reincultur. In den 4 Fällen R.'s bestand übrigens eigenartiger Weise trotz des Vorhandenseins des Bacillus in den Nervencentren intra vitam keine diphtheritische Lähmung.

PAUL RAUGÉ.

66) **A. Mac Gregor. Die Vitalität des Diphtheriebacillus. (Vitality of the diphtheria bacillus.)** *Lancet. 12. März 1898.*

8 jähriger Knabe hatte im Juli Diphtheritis. Am 30. November wurde der Loeffler'sche Bacill noch auf den Tonsillen nachgewiesen und in Cultur gezüchtet. Am 28. December wurde noch einmal eine Cultur von den Tonsillen angelegt.

ADOLPH BRONNER.

67) **Jone L. Berry. Eine Diphtheritis-Epidemie, die in deutlichster Weise den contagiösen Charakter der Krankheit und den Werth der Immunisirung demonstrirt. (An epidemic of diphtheria; demonstrating, in a marked degree, its contagious nature and the value of immunization.)** *N. Y. Med. Record. 12. Februar 1898.*

B.'s Beobachtungen lehren, dass auch die mildesten Fälle streng abgeschlossen werden müssen. Mehrere der schwersten Fälle wurden im Verkehr mit ausgesprochen leichten acquirirt. Auch ist ein milder Beginn der Krankheit im Einzelfalle noch keineswegs maassgebend für den weiteren Verlauf und schliesslichen Ausgang.

Der Erfolg der Serumtherapie war eclatant und trug nach G.'s Ansicht zu der geringen Mortalität der ganzen Epidemie wesentlich bei.

LEFFERTS.

68) **Levi. Hemiplegie nach Diphtherie. (Hemiplegia cerebralis following diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 5. März 1898.*

Ein Fall von schwerer gangränöser Diphtherie, in dem nach 3 Seruminjectionen Besserung des lokalen Zustandes eintrat. In den nächsten Wochen aber stellten sich schwere Complicationen ein, zuerst Urticaria, Nephritis und Endocarditis, später Gaumen- und Facialislähmung und linksseitige Hemiplegie. Die cerebralen Lähmungen sind selten nach Diphtherie; 34 Fälle sind mitgetheilt. Ihre Ursache ist wahrscheinlich Thrombose der Art. fossae Sylvii.

LEFFERTS.

69) **A. Luyten** (Amsterdam). **Die Behandlung der Diphtherie. Der Charakter und die Behandlung von Croup. (De behandeling van diphtheritis of angina strangulatoria. Het karakter en de behandeling van Croup.)** Amsterdam. 1898.

Combinirte Ausgabe der beiden früheren Schriften. In seinem Vorwort meint Verf., das Zusammenwerfen zweier so grundverschiedener Krankheiten wie Diphtherie und Croup, dieser schreckliche Irrthum müsse endlich einer besseren Einsicht Platz machen. Das Heilserum sei ein vorzügliches Mittel gegen Croup. Auf Diphtherie dagegen wirke es sehr schädlich ein, und die meisten Todesfälle bei Diphtherie seien die Folgen dieses Mittels. Auch behauptet er, da die Mortalität der sogenannten Diphtherie bei der Serumbehandlung auf 25pCt. gesunken sei, die 75pCt. Hergestellten hätten an Croup, die 25pCt. Gestorbenen an Diphtherie gelitten u. s. w.

H. BURGER.

70) **J. Márer** (N. Szecseny). **Croup und Pilocarpintherapie.** *Aerztl. Centralanzeiger. No. 11. 1898.*

Beschreibung von 4 Croupfällen, die trotz Pilocarpin starben, in welchem

Mittel Verf. nicht nur kein Specificum der croupösen Erkrankungen, sondern nach seinen Erfahrungen ein bedenkliches Herzgift kennen lernte. CHIARI.

71) **P. M. Bracelin. Die Anwendung von Chlor bei der Diphtheriebehandlung. (The use of chlorine in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 5. März 1898.*

Lösung I. Sol. zinc. chlorat. . . . 20 Theile
Sol. arsen. chlor. . . . 30 „
Acid. hydrochlor. . . . 1 „
Aquae . . . . 49 „

Lösung II. Sol. natr. chorinat.
(2,6 pCt. wirksames Chlor enthaltend) 70 Theile
Correctiv . . . . 30 „

(Als Correctiv dienen Menthol, Campher, Eucalyptus oder Methylsalicylat in Alkohol oder Wasser gelöst.)

Fünf Theelöffel von Lösung I und ein Theelöffel von Lösung II kommen in den Inhalator. Derselbe wird vor dem Gebrauch leicht angewärmt. Inhalirt wird 4—5 Minuten lang, bei Diphtherie und Pneumonie 1stündlich, bei anderen Krankheiten 2—3 stündlich. Bei Diphtherie und Pneumonie wird alle 4 Stunden ein Theelöffel von Lösung II zugesetzt. Alle 12 Stunden wird der Inhalator geleert und wieder gefüllt. In schweren Fällen wird Tag und Nacht inhalirt, sonst nur am Tage. LEFFERTS.

72) **Vehmeyer** (Haren). **Zur Behandlung der Diphtherie.** *Medico. No. 16.*

In wenigen Fällen blieb die Heilseruminjection erfolglos, hier nahm dann V. Injectionen mit Pilocarpin (0,02—0,04 : 10) und Sublimat (0,03—0,05—10) abwechslungsweise vor, im Ganzen erhielten die Kranken 4—8 Doppelinjectionen, je 3 Injectionen täglich. Heilung. SEIFERT.

73) **Baginsky** (Berlin). **Weitere Beiträge zur Serumtherapie der Diphtherie.** *Arch. f. Kinderheilk. XXIV. 5. 6. 1898.*

Die Zahl der dem Kinderkrankenhause zugehenden Diphtherieerkrankungen hat sich in der letzten Beobachtungszeit ganz wesentlich vermindert. Es kamen seit dem 15. März 1895 (Abschluss des Buches über die Serumtherapie) im Jahre 1895 396 Fälle mit 39 Todesfällen, 1896 284 Fälle mit 24 Todesfällen und 1897 bis Ende Juni 119 Fälle mit 11 Todesfällen zur Beobachtung, also eine Sterblichkeit von 10 pCt. Im Ganzen kamen 258 Fälle von ausgeprägter Larynxstenose vor, 22 catarrhalischen, 236 croupösen Charakters. 113 gingen spontan zurück, 94 heilten durch Intubation, 4 durch Tracheotomie, 7 mit secundärer Tracheotomie; 40 starben = 15,5 pCt. Mortalität, was gegenüber der früheren Stenosensterblichkeit bei Diphtherie überraschend und erfreulich günstig zu nennen ist.

Bezüglich der Herz- und Nierenerkrankungen, der Lähmungen, der Todesursachen, der Exantheme ist den früheren Mittheilungen nicht viel Neues hinzuzufügen. Was die Immunisirung anlangt, so hält B. dieselbe bei den der Infection

exponirten Kinder mit Rücksicht auf die sichere Heilwirkung des Heilserums nicht für geboten und nur auf Pflegeanstalten und Krankenhäuser zu beschränken.

SEIFERT.

74) **J. Fibiger** (Kopenhagen). **Zur Serumbehandlung der Diphtheritis. (Om Serumbehandling af Difteri.)** *Hospitals-Tidende. No. 12 u. 13. 1898.*

Verf. berichtet über die Resultate, welche er mittelst der Serumtherapie bei Diphtheriepatienten erreicht hat. — Um den Werth der Serumtherapie zu bestimmen hat er die Diphtheritispatienten, die im Laufe eines Jahres in dem Epidemiespitale zu Kopenhagen aufgenommen wurden, in folgender Weise behandelt.

Alle Patienten, die an dem einen Tag in das Spital aufgenommen wurden, wurden mit Serum behandelt, die am folgenden Tag aufgenommenen dagegen auf die gewöhnliche Weise, ohne Serum. Die Statistik umfasst nur die Patienten, die an bakteriologisch nachweisbarer Diphtheritis litten.

Es wurden vom 13. Mai 1896 bis 13. Mai 1897 484 Patienten mit Diphtheritis und Croup behandelt. Bei diesen wurde in 239 Fällen Serum und in 245 Fällen nicht Serum angewandt.

Von den 239 serumbehandelten Fällen von Diphtheritis mit und ohne Croup starben 8 (Mortalität = ca. 3 pCt.), von den 245 nicht serumbehandelten Fällen starben 30 (Mortalität = ca. 12 pCt.).

Aus der sehr interessanten und tüchtigen Arbeit F.'s seien noch die Schlussfolgerungen wiedergegeben:

1. Die Sterblichkeit unter den serumbehandelten Diphtheritispatienten war bedeutend geringer als die der nicht mit Serum behandelten Patienten.
2. Die Membranen werden schneller bei den Serumbehandelten abgestossen und ein Wachsthum derselben oder Recidive wurden nur in einer kleinen Anzahl von Fällen beobachtet.
3. Croup entstand nicht bei den serumbehandelten Diphtheritispatienten, die ohne Croup aufgenommen wurden.
4. Die Dauer des Initialfiebers war ungefähr dieselbe für beide Gruppen von Patienten.
5. Albuminurie und Paresen kamen mit ungefähr derselben Häufigkeit bei beiden Behandlungsmethoden vor.

SCHMIEGELOW.

75) **Poulet. Die Vortheile der momentanen Intubation des Kehlkopfs beim Croup. (Avantages du tubage momentané de la glotte dans le croup.)** *Soc. de thérapeut. 9. Februar 1898.*

Die Intubation ist nur im Krankenhaus und wenn der Kranke ständig überwacht werden kann, ausführbar. Im anderen Falle räth P. zur Tracheotomie. Wenn indessen die blutige Operation zurückgewiesen wird und bei Kranken unter 2 Jahren, bei denen diese sehr schlechte Resultate ergiebt, macht P. nach dem Vorgange von Variot und C. Paul die momentane Intubation. Dieselbe besteht darin, dass eine O'Dwyer'sche Tube oder besser noch ein männlicher Catheter, um den bisweilen ein in Höllensteinlösung getauchter Leinwandlappen gerollt ist, für 5 Minuten in den Larynx eingeführt wird. Als unmittelbares Resultat beob-

achtet man eine Abnahme der Dyspnoe. Dieselbe ist aber vorübergehend und nach Ablauf einiger Stunden ist es nöthig, die Procedur zu wiederholen. Von 10 Kranken, die Verf. auf diese Weise behandelte, wurden 7 geheilt. PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Körner. Sterilisirung der Kehlkopfspiegel. (Sterilisation of laryngeal mirrors)** *N. Y. Med. Record. 21. Mai 1898.*

K. empfiehlt die Sterilisirung der Spiegel in kochender Sodalösung. Die Spiegel werden dadurch nicht geschädigt, vorausgesetzt, dass sie mit Quecksilber und nicht mit dünnem Amalgam belegt und in Kupfer gefasst sind. Der Spiegel wird in fast zum Siedepunkt erhitztes Wasser getaucht und sofort abgetrocknet.

LEFFERTS.

77) **Mermod. Laryngendoskopischer Spiegel. (Un miroir laryngendoscopique.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 2. Februar 1898.*

Ein kleiner ovalärer Spiegel an biegsamem Stiel mit festem Handgriff, der unter Leitung eines gewöhnlichen Kehlkopfspiegels bei guter Beleuchtung in den vorher cocainisirten Kehlkopf eingeführt werden soll. Der Nutzen desselben besteht nach Verf. darin, dass man gewisse Partien des Larynx, besonders den unteren Theil des Interarytaenoidraums besser zu Gesicht bekommt.

E. J. MOURE.

78) **Seiler. Gegen acute catarrhalische Laryngitis. (Acute catarrhal laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 1. Januar 1898.*

Kalii chlorat.
Kalii bromati
Pulv. ext. Glycirrhizae ana 4,0
Tct. ferri chlorat. 2,0
Sacch. albi q. s.
M. f. Trochisi No. 20. S. 3—4 stdlch. 1 z. nehmen.

LEFFERTS.

79) **Redact. Notiz. Gegen acute Laryngitis. (For acute laryngitis.)** *N. Y. Med. News. 19. Februar 1898.*

Nachdem mit Calomel abgeführt ist, verschreibe man
Tct. aconiti gtt. XII
Natr. bromat. 7,5
Syr. lactucarii 30,0
Aqu. ad 100,0.
M. D. S. 4 stdlch. 1 Theelöffel voll. LEFFERTS.

80) **S. Cienglewicz. Ichthyol-Inhalationen bei acuter Laryngitis. (Ichthyol inhalations in acute laryngitis.)** *N. Y. Med. Journal. 11. Juni 1898. Przeglad lekarski. No. 1. 1898.*

Verf. liess 2 mal täglich eine kalte 2 proc. Lösung von Ichthyol mittelst eines

Zerstäubers inhaliren. Der Pat. soll nicht zu tief einathmen, weil sonst Uebelkeit und Erbrechen zu fürchten sind. Die Resultate, die Verf. bei Erwachsenen und bei Kindern, bei letzteren auch in der Behandlung des Pseudocroups erzielte, waren vortreffliche.

LEFFERTS.

81) **Ino. O. Roe. Fälle von acuter nicht-diphtheritischer Entzündung des Kehlkopfs, welche das längere Liegenlassen der Intubationsröhre nöthig machen. (Cases of acute non-diphtheritic inflammation of the larynx requiring the prolonged retention of the intubation-tube.)** *N. Y. Medical News. 29. Januar 1898. Med. Record. 29. Januar 1898.*

Zwei Fälle von Kehlkopfentzündungen bei Kindern von 13 Monaten resp. 3 Jahren, bei denen sich trotz wiederholter Untersuchung keine Diphtheriebacillen fanden. Wegen der ausserordentlichen Dyspnoe musste die Intubation gemacht werden und erst nach etwa 6 Wochen konnte die Tube, die unterdess mehrfach ausgestossen war und immer wieder eingesetzt werden musste, fortgelassen werden. Eine Zeit lang nach der Extubation bestand noch Heiserkeit und Aphonie, dann trat vollständige Heilung in beiden Fällen ein.

LEFFERTS.

82) **Uchermann. Laryngitis acuta rheumatica circumscripta nodosa. (Laryngitis acuta rheumatica circumscripta nodosa.)** *N. Y. Medical Record. 7. Mai 1898.*

Verf. beschreibt eine seltenere Form von rheumatischer Laryngitis mit circumscripten, sehr empfindlichen rothen oder blaurothen, ziemlich harten Infiltrationen, die einseitig oder doppelseitig vorkommen. Wenn die Affection in der Gegend des Crico-arytaenoidgelenks ihren Sitz hat, verursacht sie leicht Pseudo-Ankylose mit Unbeweglichkeit des betreffenden Stimmbandes.

LEFFERTS.

83) **Schech. Die Laryngitis exsudativa.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 26. 1898.*

Unter Laryngitis exsudativa versteht man eine Reihe von Affectionen, bei denen es auf der Schleimhaut theils zu Exsudation kleinerer oder grösserer Mengen von in Bläschen oder Blasen eingeschlossener Flüssigkeit, theils zu Hyperämie mit geringer seröser Imbibition und Schwellung kommt. Zu den Bläscheneruptionen gehören: die Miliaria, der Herpes, die Varicellen und Variola, Maul- und Klauenseuche und der Pemphigus. Zu der zweiten Gruppe gehören die Urticaria, der Lichen, Impetigo und Erythem, Lichen ruber planus und Impetigo herpetiformis. Die Pathologie und Therapie der einzelnen Affectionen ist im Original nachzusehen.

Autoreferat.

84) **J. Magee Finay. Kehlkopfgeschwür im vorgerückten Stadium des Typhus. (Laryngeal ulceration in the advanced stage of typhoid fever.)** *Dublin Med. Journal. Mai 1898.*

20jähriger Mann; die ersten Klagen über laryngeale Symptome etwa am 25. Tage des Typhus, bestehend in Schmerzen und Heiserkeit. Dann Glottiskrämpfe, die die Tracheotomie nöthig machten. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab nach 1 Monat eine Ulceration zwischen dem linken Stimm- und Taschen-

band, der später eine narbige Stenose folgte. Erweiterungsversuche gelangen nicht, und der Patient musste die Tracheotomie-Canüle weiter tragen.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

85) **Sir George Duffey. Kehlkopfnekrose bei Typhus. (Laryngeal necrosis in enteric fever.)** *Dublin Medical Journal. März 1898.*

Bericht über einen Fall von Typhus, bei dem die laryngeale Complication zum Exitus Anlass gab. Es fand sich ein Abscess an der äusseren und hinteren Fläche des Ringknorpels. Derselbe lag unter dem Perichondrium, der Knorpel selbst war rauh und arrodirt. Im Kehlkopf keine Ulceration.

A. LOGAN TURNER (P. Mc. BRIDE).

86) **James Ewing. Subglottischer Abscess. Tod durch Glottisabscess. (Subglottic abscess. Death from oedema of the glottis.)** *N. Y. Medical Record. 8. Januar 1898.*

Der Kranke wurde mit erheblicher Dyspnoe aufgenommen; die Untersuchung ergab beträchtliche Schwellung rund um die Basis der Epiglottis, doch keine eigentliche Verstopfung der Glottisspalte. Kurz nach der Aufnahme nahm die Dyspnoe plötzlich zu und die Athmung wurde stridulös. Der Pat. wurde schnell bewusstlos und starb trotz der eilig ausgeführten Tracheotomie.

Bei der Section fand sich hinten unterhalb des Ansatzes des rechten Stimmbandes eine kleine Oeffnung in der Schleimhaut, durch die man in eine Abscesshöhle von etwa 1 cm Durchmesser gelangte. Von Syphilis oder Tuberculose war nichts nachweisbar; es scheint sich also um einen einfachen primären Abscess, der wahrscheinlich vom Larynx ausging, gehandelt zu haben.

LEFFERTS.

87) **F. Rueda** (Madrid). **Ein Fall von Erkrankung des Kehlkopfes mit zweifelhafter Diagnose. (Un caso de enfermedad laringea de diagnostico dudoso.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 555. 1898.*

Der Fall betrifft einen 52jährigen Mann, der wegen einer acuten Larynxstenose ohne vorhergehende laryngoskopische Untersuchung tracheotomirt wurde. Bei der einige Tage darauf erfolgten Untersuchung constatirte man ausser einem ausgesprochenen Katarrh der Kehlkopfschleimhaut mit Schwellung der linken Ary-Epiglottisfalte, der Ventrikeltasche und des betreffenden Stimmbandes eine Unbeweglichkeit des Crico-Arytenoidalgelenkes und des Stimmbandes. Es erregte ferner die Aufmerksamkeit, dass die Trachealcanüle schwarz gefärbt erschien, was eine Zersetzung mit Schwefelwasserstoffentwickelung vermuthen liess. Dies soll auf das Vorhandensein von Eiter hinweisen, der schwarzgefärbten metallischen Schwefel bildet. Die Diagnose des Falles erschien insofern schwierig, als nach Verlauf von 14 Tagen ruhiger Beobachtung sämmtliche krankhaften Erscheinungen verschwunden waren. Eine syphilitische Affection schien wegen mangelnder Antecedentien und wegen des Verlaufs der Krankheit ausgeschlossen, ebenso die Diagnose einer Tuberculose des Kehlkopfes. Dem Verf. scheinen in seinem Falle nur 2 Diagnosen zulässig: 1. eine Perichondritis des Crico-Arytänoidalgelenks oder 2. eine acute submucöse Laryngitis mit Abscessbildung in der Nähe des genannten Gelenks.

R. BOTEY.

88) **A. Baurowicz. Zur Aetiologie der sogenannten Chorditis vocalis inferior hypertrophica. (W sprawie etyologii tak zwanej Chorditis voc. inf. hypertrophica.)** *Przeglad lekarski. No. 9. 1898.*

Als Nachtrag zu seiner Arbeit (c. f. No. 104 S. 215. 1898. Centralblatt) berichtet Verf. über einen sehr instructiven Fall. Im Jahre 1881 wurden bei einem 12jährigen Mädchen starke subchordale Verdickungen beobachtet. Sie wurde tracheotomirt und dilatirt. Die Kranke blieb gesund, bis sich im Jahre 1888 eine Membran, welche die freien Ränder der Stimmlippen vorne vereinigte, gebildet hatte. Diese Membran wurde durchschnitten und dann stellte man mit der Dilatationsmethode wieder die normalen Verhältnisse her. Im Jahre 1897 erschien sie wieder und man fand eine geringe Verdickung im linken subchordalen Raume, ausserdem an dem vorderen Theil der unteren rechten Nasenmuschel eine höckerige, weiche, nicht blutende Erhabenheit. Dieses Infiltrat entfernte Verf. mit der kalten Schlinge und nun wurde sowohl durch Impfung, wie durch Färbung von Schnitten die scleromatöse Natur der Erkrankung entdeckt. Es war somit ein Zufall, dass durch diese Untersuchung die klinische Diagnose der Kehlkopfveränderungen bekräftigt werden konnte.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Stevens. Syphilitische Laryngitis. (Syphilitic laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 1. Januar 1898.*

Rp. Hydrargyr. bichlorat. corrosiv. 0,06
Kalii jodat. 7,5—15,0
Syr. Sarsaparillae comp. 45,0
Aqu. ad 100,0
M. D. S. 2mal täglich nach dem Essen 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

90) **Andry. Diffuses peritracheo-bronchiales Syphilom. (Syphilôme diffus péritrachéo-bronchique.)** *Société des Sc. méd. de Lyon. 16. Februar 1898.*

Ein Fall von syphilitischer Geschwulstbildung um die Trachea und die Bronchien herum; der Exitus war im Anschluss an laryngeale Störungen erfolgt. Die laryngoskopische Untersuchung hatte das Bild einer Recurrenslähmung ergeben. Der Tod trat unter Asphyxie ein, trotzdem kurz vor dem Exitus noch die Tracheotomie gemacht wurde. Entsprechend dem Sitze der Affection konnte diese keine Besserung herbeiführen. Die Section ergab, dass der untere Theil der Trachea und mehr noch der linke grosse Bronchus durch fibröse Züge comprimirt waren. Im tiefen unteren Lungenlappen bestand eine gummöse Neubildung.

PAUL RAUGÉ.

91) **Castex. Diagnose der Kehlkopftuberculose. (Diagnostic de la tuberculose laryngée.)** *Tribune médicale. 6. Januar 1898.*

Klinische Vorlesung. Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

92) **Ellet Orrin Sisson. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Medical News. 9. April 1898.*

Eine literarische Uebersicht über die Entwickelung der Lehre von der Kehl-

kopftuberculose und ihre Behandlung. Ueber die letztere äussert Verf. sehr hoffnungsvolle Ansichten. Der Arzt muss sich gewöhnen, die Affection nicht zu den unheilbaren zu zählen und ihre Behandlung als eine rein palliative aufzufassen. Wenn man die Fortschritte bedenkt, die seit 10 Jahren in dieser Richtung gemacht sind, erscheint die Voraussage berechtigt, dass die tuberculöse Laryngitis in nicht ferner Zeit allgemein zu den heilbaren Krankheiten zählen wird.

LEFFERTS.

93) **Emil Mayer. Tuberculose der oberen Luftwege. (Tuberculosis of the upper air-passages.)** *N. Y. Medical News. 14. Mai 1898.*

Die Arbeit bringt in ihrem medicinischen Theile nichts Neues, dagegen manches Missverständliche, in ihrem literarischem einiges Schöne, z. B. eine poetische Schilderung der Nacht, die aber mit der Sache, auf die der Titel hinweist, in keinem directen Zusammenhang steht. Von der Behandlung der Kehlkopftuberculose — um einen Beleg für das obige Urtheil zu geben — sagt der Verf., „dieselbe besteht in der internen Anwendung von Kreosot oder Guajacol; in der localen Application von Menthol in Olivenöl, Milchsäure, Jodoform oder medicamentösen Dämpfen; ferner in gründlicher Regulirung der Diät und in geeigneter Hygiene des Kranken. Chirurgisch hat man die Aryknorpel entfernt und Krause in Berlin, Heryng in Warschau und andere in jenem Lande rühmen die Resultate dieser Behandlung“ (!).

LEFFERTS.

94) **Desold. Ueber die Miterkrankung des Kehlkopfes bei Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1898.*

Allgemeines über die Heilbarkeit der Kehlkopfphthise und Häufigkeit derselben. Desold beobachtete 20 pCt. sicher constatirte Fälle, 7 pCt. Verdächtige. Eine Besprechung der modernen Therapie bildet den Schluss des Aufsatzes.

SCHECH.

95) **von Geyer. Intralaryngeale Blutung. (Intralaryngeal hemorrhage.)** *N. Y. Medical News. 11. Juni 1898.*

G. bespricht die Blutungen im Kehlkopf und erwähnt dabei einen Fall, in dem ein Hämatom entstand, das eine Zeit nachher in beunruhigender Weise das Aussehen eines malignen Tumors bot. Die Differentialdiagnose zwischen Hämatom und maligner Neubildung ist oft sehr leicht, sie kann aber unter Umständen grosse Schwierigkeiten haben. Ins Gewicht fällt dann die bei der malignen Wucherung früh sich einstellende, durch Infiltration der Stimmbänder verursachte Bewegungsstörung.

LEFFERTS.

96) **von Geyer. Ueber Kehlkopfblutungen.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 15. 1898.*

Mittheilung zweier seltener Fälle. Der erste Fall betraf eine Frau, bei der ein am Petiolus epiglottidis sitzender Tumor ein Angiom vortäuschte; nach Entfernung desselben mittelst Thyreotomie wieder Tumorbildung; er entpuppte sich als Blutgerinnsel über einer blutenden Vene, die nach mehrmaliger Aetzung zum Verschlusse gebracht wurde. Im zweiten Falle bestand ebenfalls ein haselnuss-

grosser Tumor im vorderen Glottiswinkel, der mit der kalten Schlinge abgetragen wurde. Die Untersuchung ergab, dass es sich, abgesehen von einem kleinen Rest nicht wesentlich veränderten Larynxgewebes, um eine alte Blutung unter die Schleimhaut handelte. Aehnlich war es in einem von Semon publicirten Falle. v. Geyer nennt diese Art von Tumoren Bluttumoren und betont, dass Kehlkopfblutungen unter einem völlig anderen Bilde, als dem bisher bekannten verlaufen können.

SCHECH.

97) **Barnick. Veränderungen im Kehlkopfe und in der Trachea bei Leukämie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19, 20. 1898.*

Nach Besprechung der Literatur theilt Verf. den anatomischen Befund von zwei selbst beobachteten Fällen mit. In erster Linie ist die leukämische diffuse Infiltration der Schleimhaut zu beachten, welche nicht nur Athemnoth erzeugen kann, sondern auch Geschwürbildung, Blutung und Erkrankung des Knorpels im Gefolge haben kann. Während die Differentialdiagnose zwischen leukämischen, pseudoleukämischen und anderen Infiltraten sehr schwer ist, ist die Diagnose der umschriebenen leukämischen Knötchen leichter. In Bezug auf Details und den mikroskopischen Befund muss auf das Original verwiesen werden.

SCHECH.

98) **Moses. Demonstration eines Patienten mit membranöser subglottischer Verwachsung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 3. 1898.*

Angeborene Verwachsung unterhalb und parallel den Stimmbändern im vorderen Winkel.

SCHECH.

99) **Vanverts. Wunde des Brusttheils der Trachea im Zusammenhang mit einer Verletzung des Halses mit einem stechenden und schneidenden Instrument. (Plaie de la portion thoracique de la trachée consécutive à une plaie du cou par un instrument piquant et tranchant.)** *Annales des malad. de l'oreille etc. No. 3. März 1898.*

Die Wunde, die absichtlich mit dem Messer zugefügt war, sass äusserlich am oberen Rand des Sternums. Die Trachea war in $^3/_4$ ihres Umfanges durchschnitten. Der Kranke starb, wahrscheinlich in Folge der Blutung.

E. J. MOURE.

100) **Ino. O. Roe. Instrument zum Dilatiren von Trachealstenosen. (An instrument for dilating strictures of the trachea.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Januar 1898.*

Das Instrument ist ähnlich einer gewöhnlichen Kehlkopfzange; nur ist am unteren Ende des Blattes mit einem doppelten Gelenk die dilatirende Partie in der Weise angefügt, dass beim Oeffnen der Zange sich das dilatirende Stück 2—3mal so weit öffnet, als die eigentliche Zange.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

101) **W. H. Neilson. Schilddrüsenextract. (Thyroid extract.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1898.*

0,06—0,3 g des Extracts haben die Wirkung, dass der Puls und die Athmung beschleunigt werden, die Temperatur steigt und der Stoffwechsel gehoben wird. Auch werden die Schleimhäute und die Haut in ihrer Thätigkeit angeregt und das Körpergewicht nimmt ab.

LEFFERTS.

102) **Herbert C. Barclay** und **Margaret B. Cruikshank** (Wiamate N. Zeland). **Abscess der Schilddrüse bei Pleuritis. (Abscess of the thyroid gland complicating pleurisy.)** *Australian Med. Gazette. 21. März 1898.*

34jähriger Mann mit linksseitiger Pleuritis und einer Schwellung der Schilddrüse in's Krankenhaus aufgenommen. Die Dyspnoe, die von Anfang an erheblich war, steigerte sich am dritten Tage plötzlich zu extremem Grade und im Verlauf von 1 Stunde trat an der linken Seite des Halses eine faustgrosse Geschwulst hervor, die ersichtlich mit der Schilddrüse zusammenhing. Der Patient starb 3 Tage später. Es fand sich bei der Section beiderseits ein pleuritischer Erguss, ferner an der Basis der rechten Lunge ein Abscess, der ein bis zwei Löffel Eiter enthielt und ein umfangreicher Abscess rechts in der geschwollenen Schilddrüse. Der Eiter enthielt reichlich Streptokokken, keine Diplokokken. Die Verff. halten den Lungenabscess für primär, den Schilddrüsenabscess für eine septische Metastase in der vorher bereits vergrösserten Thyreoidea.

A. J. BRADY.

103) **Richard A. Hayes. Ein Fall von acutem Kropf erfolgreich behandelt mit Thyroidextract. (A case of acute goitre successfully treated with thyroid extract.)** *Dublin Medical Journal. März 1898.*

Es handelt sich um einen Fall von Basedow'scher Krarkheit.

A. LOGAN TURNER.

104) **Bonnaire** (Paris). **Kropf und Schwangerschaft. (Goitre et grossesse.)** *Soc. obstétricale et de gynécologie. 9. Februar 1898.*

24jährige Primipara bekam im 3. Monat ihrer Schwangerschaft eine Schwellung der Schilddrüse, während zu gleicher Zeit nervöse Zuckungen und Erstickungsanfälle eintraten. Die Stimme war rauh und doppeltönig; bei der laryngoskopischen Untersuchung wurde eine einseitige Stimmbandlähmung constatirt. Diese Erscheinungen verschwanden alsbald nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch den Tarnier'schen Ballon.

B. nimmt für seinen Fall das Vorhandensein einer Forme fruste von Basedow'scher Krankheit an und erklärt die Erscheinungen durch Thyroidvergiftung. Diese Deutung hält der einseitigen Kehlkopflähmung gegenüber, die doch gewiss auf Druck des Recurrens oder Vagus durch den Tumor zurückzuführen ist, kaum Stand.

PAUL RAUGÉ.

105) **Moser** (Weimar). **Struma ossificans. Nekrose des gebildeten Knochens. Durchbruch in den Kehlkopf und die Speiseröhre.** *Corr.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. 5. 1898.*

Bei einer 72jährigen Frau entwickelte sich in der linken Hälfte der stark vergrösserten Schilddrüse ein Eiterungsprocess, der zur Exfoliation des in dieser gebildeten Knochens, zur Fistelbildung nach aussen und schliesslich zum Durchbruch nach dem unteren Kehlkopfraum und nach der Speiseröhre führte.

SEIFERT.

106) **Krecke. Ueber Struma intrathoracica.** *Münchener medic. Wochenschrift. No. 8. 1898.*

Mittheilung eines Falles, der nach Schleich's Methode operirt wurde. Es war ein Cystenkropf mit dunkel schwarzer Flüssigkeit gefüllt, auch bestand linksseitige Recurrenslähmung, die sich nach der Operation besserte. Die Symptomatologie im Speciellen ist im Original nachzulesen.

SCHECH.

107) **Voron** (Lyon). **Substernaler Kropf mit Basedow'schen Symptomen. Exothyropexie und ihre Spätresultate. (Goitre suffocant avec symptômes basedowiens. Exothyropexie. Résultats éloignés.)** *Société de médecine de Lyon. 14. März 1898.*

Der Kranke ist vor $3^1/_2$ Jahren von Jaboulay wegen eines soliden Kropfes, der unter das Sternum herabreichte, operirt worden. Er hatte an Störungen der Stimme und der Athmung, ferner an Herzpalpitationen bei bestehender Hypertrophie des Herzens und an Zittern der Fingern gelitten. Exophthalmus war nicht vorhanden gewesen; auch das Graefe'sche Symptom fehlte. 3 Monate nach der Exothyropexie war die Dyspnoe verschwunden und ebenso die Basedow'schen Symptome. Der Kropf hatte so erheblich abgenommen, dass der Halsumfang statt 37 nur 31 cm betrug. Seither ist das Befinden des Kranken ein vollständig gutes geblieben, die Herzkrisen und die Erstickungsanfälle sind nicht wieder gekommen. Nur bei besonderen Anstrengungen noch besteht eine leichte Dyspnoe. Auch das Zittern ist verschwunden. Nur die rauhe Stimme ist geblieben. Der Umfang des Halses hat nicht wieder zugenommen. Beim Palpiren der Narbe am Halse fühlte man rundliche kleine Massen unter dem Finger wegrollen, die Jaboulay für Cysten hält, welche sich auf Kosten des atrophirten Drüsenparenchyms gebildet haben.

PAUL RAUGÉ.

108) **Wölfler** (Prag). **Ueber Dislocation des Kropfes.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 21. Januar 1898. — *Prager med. Wochenschrift. No. 7. 1898.*

W. demonstrirt einen Patienten, bei dem er einen zwischen Sternum und Trachea eingekeilten Kropf dislocirte, indem er das obere Ende desselben an den rechten Kopfnicker annähte und somit nach oben fixirte. In das retrosternale Kropflager wurde reichlich Jodoformgaze eingeführt, damit daselbst in der Tiefe eine resistirende Narbe entstehe, welche das Hinabtreten des Kropfes behindert. Verlauf günstig. Als Indicationen zu dieser Operation nennt W. folgende:



1. Wenn auf einer Seite ein Kropf exstirpirt wurde und dann auf der anderen Seite ein neuer auftritt. Hierbei ist die Dislocation der einzige Weg, die Beschwerden zu beheben.
2. Bei bilateraler Compression der Trachea muss man eine Kropfhälfte exstirpiren, die andere vorlagern.
3. Muss man dann dislociren, wenn die unrechte Kropfhälfte entfernt wurde.
4. Bei manchen, nicht allzusehr vergrösserten aber beweglichen Schilddrüsen junger Individuen wegen Aspiration gegen den retrosternalen Raum sowie endlich bei Wanderkröpfen.

Schliesslich widerlegt W. eventuelle Einwände gegen dieses Verfahren und bespricht die beim Kropfe auftretenden Veränderungen an der Trachea und ihre Beziehungen zum Kropftode.

CHIARI.

109) **L. Guinon** (Paris). **Krebs der Schilddrüse. (Cancer du corps thyroide.)** *Société méd. des Hôpitaux. 18. März 1898.*

Es handelt sich um ein Carcinom der Schilddrüse, das intra vitam die Symptome eines substernalen Kropfes geboten hatte. Der Tod war durch Asphyxie erfolgt, wie sich nachher zeigte eine Folge des Hineinwucherns der Geschwulstmassen in die Trachea.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

110) **White. Extraction eines im Oesophagus eingekeilten Gebisses durch den Mund. (Extraction through the mouth of a plate lodged in the oesophagus.)** *N. Y. Med. News. 30. April 1898.*

Die Zahnplatte, die einen oberen Schneidezahn trug, war vor 2 Monaten verschluckt worden. Sie sass hinter dem Ringknorpel und Patient konnte nur Flüssigkeiten schlucken. Am 1. Tag konnte W. kein Instrument einführen; am 2. Tag gelang die Einführung einer Uterussonde und nach vorheriger Cocainisirung des Oesophagus auch eines Bougies von 4 mm Durchmesser. Diese Behandlung wurde mehrere Tage fortgesetzt. Nach 4tägigen Bemühungen liess sich eine Zange an der Platte vorbeiführen und es gelang eine theilweise Umdrehung derselben, aber noch nicht die Extraction. Am 7. Tage glückte auch diese. Das lange Liegen des Fremdkörpers scheint nur sehr geringe Veränderungen verursacht zu haben, da Patient sich nach der Extraction sehr bald ganz erholte.

LEFFERTS.

111) **Hugot** und **Rollet** (Lyon). **Entfernung eines Gebisses mittelst Oesophagotomie. (Ablation d'un dentier par l'oesophagotomie.)** *Société de médecine de Lyon. 14. Februar 1898.*

31jährige Frau, die das Gebiss im Schlafe verschluckt hat. Keine Dyspnoe und keine Phonationsstörung. Nur Flüssigkeiten können geschluckt werden. Mässiger Schmerz. Der Fremdkörper, von aussen nicht fühlbar, wird durch Radiogramm in der Höhe des 2.—3. Dorsalwirbels nachgewiesen. Extractionsversuche

mit der Graefe'schen Zange oder geknöpfter Sonde gelingen nicht. Operation (Dr. Rollet) am 8. Februar. Im Oesophagus, der durch 3 Nähte geschlossen wird, bleibt eine Dauersonde, die nach 3 Tagen entfernt wird. PAUL RAUGÉ.

112) **E. Martinez** (Habana). **Die Extraction der Fremdkörper der Speiseröhre auf natürlichem Wege. (La extraccion de cuerpos extrannos del esofago por vias naturales.)** *Archiv. de la Policlin. de la Habana. No. 105. 1898.*

M. behandelt nur die 2 Arten von Entfernung der Fremdkörper des Oesophagus: Extraction von der Mundhöhle aus oder Hinabschieben des Fremdkörpers in den Magen. Er bespricht die verschiedenen hierzu geeigneten Instrumente.

R. BOTEY.

113) **Rosenheim** (Berlin). **Ueber Heilung eines Falles von Oesophagusstrictur nach Diphtherie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22. 1898.*

Ein 3jähriger Knabe machte 1896 eine schwere Scharlachdiphtherie durch, nach deren Abheilung eine immer enger werdende Strictur des Oesophagus bemerkbar wird. Als diese impermeabel wird, Gastrostomie durch Schuchardt (Stettin). B. gelang es nach vieler Mühe, bei dem sich sträubenden Kinde die Strictur im Oesophagoskop einzustellen und eine feine stählerne Spiralsonde hindurchzuführen. Weil diese aber von der Magenfistel aus nicht gefasst werden konnte, führte R. das nächste Mal einen Laminariastift ein. Nach 8 Stunden Herausnahme. Pat. kann Flüssiges und Breiiges glatt schlucken. Weiterhin Sondirung. Nach 8 Tagen wieder Laminariastift. Wieder Erweiterung der Strictur sodass R. glaubt, nach nochmaliger Application werde man die Magenfistel schliessen und den Pat. als geheilt betrachten können. ZARNIKO.

114) **E. Ribas y Ribas** (Barcelona). **Indicationen bei den narbigen Verengerungen der Speiseröhre infolge caustischer Mittel. (Indicaciones en las estracheces cicatriciales del esofago de origen caustica.)** *Revist. de Med. Cirug. y Farmacia. No. 1—3. 1898.*

R. giebt eine Indication für die chirurgische Behandlung der narbigen Stricturen des Oesophagus, je nachdem die Verengerung passirbar oder undurchgängig ist. R. BOTEY.

115) **L. Ebstein** (Wien). **Instrumente zur oesophagoskopischen Behandlung von Aetzstricturen.** Wien. med. Club, Sitzung vom 23. März 1898. — *Wien. klin. Rundschau. No. 14. 1898.*

Das Instrumentarium Ebstein's besteht ausser den einführenden Instrumenten aus Laminariastiften und aus Kautschukschläuchen, erstere zur Dilatation der sehr kurzen und engen, letztere für etwas erweiterte und langgestreckte Stenosen. CHIARI.



II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 10. November 1897.

Vorsitzender: H. T. Butlin, F. R. C. S.

Sir Felix Semon: Eine neue Tracheotomiecanüle zum dauernden Gebrauch.

S. stellt einen Patienten mit Abductorenlähmung vor, der sich zu seinem eigenen Gebrauch eine Tracheotomiecanüle mit Klappenvorrichtung construirt hat. In einer aus Silber gefertigten kastenartigen Vorrichtung, die in die vordere Oeffnung der Canüle passt, bewegt sich an einem Charnier ein viereckiger Metallstreifen, der beim Inspirium eingesaugt wird, beim Exspirium zurückfällt und das Lumen der Canüle verschliesst. Als Vorzug von der von de Santi angegebenen Klappe wird gerühmt, dass die Luft freien Zugang hat und das Ganze leichter zu reinigen ist.

De Santi erkennt an, dass die vorgelegte Modification seines Instrumentes eine Verbesserung bedeutet.

Donelan: Spritze für submucöse Injectionen bei Kehlkopftuberculose.

D. beschreibt seine Spritze, deren Haupttheile aus Metall gearbeitet sind. Auf dieselbe werden verschieden lange Ansatzstücke befestigt, welche in die $^1/_4$ Zoll lange Nadel zur hypodermatischen Injection endigen. D. hat Guajacol in Dosen von 0,06—0,12 unter die Kehlkopfschleimhaut gespritzt; die Reaction war nur sehr gering. Die Dysphagie wurde durch eine oder zwei Einspritzungen bedeutend gebessert.

Redn. verwendete diese Methode bei mehreren Fällen mit gutem Erfolge. Ein hartnäckiges Geschwür der Interarytaenoidgegend wurde auf diese Weise vollständig geheilt.

J. B. Ball: Fibrosarcom der Nasenscheidewand.

Frau von 25 Jahren seit 4 Monaten an Nasenbluten leidend, anfangs nur aus der linken Nasenseite, später aus beiden. Seit 2 Monaten ist die Nase verstopft. Bei der Untersuchung sieht man beiderseits im oberen Theile des Vestibulum nasi eine grosse, glatte, röthliche Masse, die sich durch die mikroskopische Untersuchung als ein Fibrosarcom erweist. S. Edwards entfernt später durch Operation von aussen die wallnussgrosse Geschwulst zugleich mit einem Theile der Nasenscheidewand. Der Tumor hatte das knorplige Septum von der linken Seite her perforirt.

Morley Agar: Geschwulst der Zunge.

Die Geschwulst wurde rechts hinten vom Zungenrücken eines 15jährigen Knaben abgetragen. Sie wurde leicht und ohne Blutung enucleirt. Nach des Pat. Angaben bestand dieselbe erst seit 1 Woche.

Butlin hält den Tumor für ein Fibrom oder Fibrosarcom; die Induration der Wunde spricht für letzteres.

Die Geschwulst wird der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Tumoren überwiesen.

W. C. Spencer: Trennung einer lange bestehenden Verwachsung zwischen weichem Gaumen und Rachenwand.

Frau von mittleren Jahren mit tertiärer Syphilis, bei der das Velum durch narbige Adhäsionen vollständig mit der hinteren Rachenwand verbunden war. Die Patientin klagte über heftige Schmerzen in den Ohren und konnte die Nasensecrete nicht herausbringen. In Chloroformnarkose wurde die Verwachsung zwischen Gaumen und Rachen durchschnitten. Es fand sich nun der ganze postnasale Raum erfüllt von einem festen fibrösen Gewebe. Mittelst Raspatorium und dann mit Dilatatoren wurde von Mund und Nase aus durch dieses hindurchgegangen, darauf das Velum nach vorn gezogen und mit ein paar Seidennähten am Mucoperiost des harten Gaumens befestigt. Die Blutung war ziemlich bedeutend. Die Nähte schnitten nach 1 Woche durch. Die Oeffnung wird seither durch die Einführung starker Nasenbougies offen erhalten; gelegentlich wird auch eine Dehnung derselben vorgenommen, wobei die Einführung von zwei Fingern gelingt. Das Velum ist beweglich. Die Symptome von Seiten der Ohren und auch die anderen sind verschwunden.

Redn. wurde zu dem vortrefflichen Resultate beglückwünscht.

William Hill: Papillom der Mandel.

H. legt 2 Tonsillen vor, die beide von erwachsenen Patienten stammen; von der Innenseite derselben erhebt sich in etwa $^3/_4$ Zoll Länge eine papilläre Geschwulst.

Wingrave, Waggett, Butlin, Horne und Yearsley berichten über ähnliche Beobachtungen von benigner Geschwulstbildung an den Tonsillen.

William Hill: Lupus des Kehlkopfs.

Vorstellung eines 13jährigen Mädchens, die vor 3 Monaten durch Auskratzen und Cauterisiren von einem Lupus der Nase und des Gaumens vollständig geheilt zu sein schien. Die Epiglottis, die damals nicht ergriffen war, wurde später verdickt und blass infiltrirt. Jetzt erscheint sie geröthet und von unregelmässiger granulärer Oberfläche. Es besteht gleichzeitig Gesichtslupus.

Dundas Grant schliesst sich der Diagnose Lupus an.

Beale sah häufig derartige Fälle ohne Ulceration verlaufen und räth deshalb, local nicht einzugreifen.

Hill will einen Versuch mit dem neuen Tuberculin machen.

Horne: Cyste der Epiglottis.

Es handelt sich um eine breitbasige Cyste an der lingualen Fläche der Epiglottis. Der Pat. litt an ausgesprochener Dysphagie; dabei bestanden deutliche Zeichen von Lungen- und Kehlkopftuberculose. Die Entfernung der Cyste brachte die Schluckbeschwerden zum Verschwinden.

Baber, Bronner, Grant und Sir Felix Semon berichten über ähnliche Fälle, in denen Cysten wesentliche Symptome verursachten.

Scanes Spicer: Lähmung des rechten Stimmbandes und der rechten Seite des Gaumens und Rachens, wahrscheinlich verursacht durch eine Erkrankung der Nerven hoch oben im Halsmark.

Mann von 72 Jahren, früher vollständig gesund, der im Anschluss an eine heftige Erkältung vor etwa 1 Jahre mit Heiserkeit und Schluckbeschwerden erkrankte. Das rechte Stimmband steht in Mittellinie, der rechte Aryknorpel macht eine leichte Aufwärtsbewegung bei der Phonation. Das rechte Arygelenk zeigt in seinen Contouren keine sichtbare Veränderung. Die linke Seite des Kehlkopfes ist nach allen Richtungen hin normal. Der rechte Gaumenbogen steht tiefer als der linke und das Gefühl ist auf der rechten Seite des Rachens herabgesetzt. Zunge, Sternocleidomastoideus und Trapezius sind normal. Eine Druckursache ist weder am Halse noch im Thorax nachweisbar. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Herderkrankung im Wurzelgebiet des Vago-accessorius. Von Syphilis ist anamnestisch nichts nachweisbar, auch hat längerer Jodkaligebrauch keinen Effect gehabt.

Hall ist geneigt die Lokalerscheinungen als Folgen einer Entzündung zu deuten.

Sir Felix Semon und Butlin sind der Meinung, dass die Erscheinungen überhaupt noch in der Breite des Physiologischen liegen; Grant und St. Clair Thomson dagegen halten die Parese des Gaumens für deutlich ausgesprochen.

Spicer erklärt, dass die Parese heute weniger augenfällig ist, als bei der letzten Untersuchung des Patienten.

Tilley: Chronische hypertrophische Laryngitis lateralis, maligne Erkrankung vortäuschend.

38jähriger Mann mit altem Asthma, bei dem das rechte Stimmband, das verdickt und von blasser milchiger Farbe ist, vollständig fixirt erscheint. Im rechten Submaxillardreieck fühlt man eine vergrösserte Drüse. Heiserkeit besteht seit 6 Monaten.

Sir Felix Semon hat den Fall vor einigen Wochen gesehen. Die Veränderungen, die seither Platz gegriffen haben, lassen zwar keine positive Diagnose zu, erwecken jetzt aber stärker den Verdacht auf maligne Erkrankung.

Grant hält auch das Vorhandensein von Tuberculose für möglich.

Tilley erwidert, dass für Tuberculose gar kein Anhaltspunkt vorliegt, dass aber der Verdacht einer Wendung zur Malignität an Boden gewinnt.

Wyatt Wingrave: Thyrohyoid-Cyste.

W. demonstrirt mikroskopische Präparate von einem cystischen Ueberbleibsel eines Ductus thyrohyoideus, der nach einer einfachen Punction 12 Monate lang eine offene secernirende Fistel gebildet hatte.

Das Präparat stellt einen unregelmässig faltigen Canal dar mit Divertikeln. Die Auskleidung bildet ein sphärisches und mit Wimpern versehenes Cylinderepithel, umgeben von einem festen Bindegewebe. Aehnliche Beobachtungen machte Redn. in einem zweiten Falle dieser Art.

Pegler: Nekrose der linken unteren Muschel nach einem früheren Trauma.

Aeltere Frau, die in ihrer Jugend einen schweren Schlag auf die Nase erhalten hat, nach welchem heftiges Nasenbluten und eine Deformität eintrat. Seit mehreren Jahren besteht ein übler Ausfluss aus der Nase und die linke Seite derselben ist durch eine Masse versperrt, die sich als nekrotischer Knochen von Granulationen umgeben herausstellt. (Die nekrotische Muschel ist seither entfernt worden.)

Pegler: Diagnostisch zweifelhafte Erkrankung des rechten Stimmbands.

56jährige Frau, an Heiserkeit leidend. Die Erkrankung begann vor 5 bis 6 Jahren. An der oberen Fläche des vorderen Drittels des rechten Stimmbands sitzt eine tiefrothe, etwas conisch geformte Geschwulst. Das rechte Stimmband ist durch den Tumor verborgen, das linke erscheint intensiv geröthet. Die Bewegungen sind normal.

Butlin und Sir Felix Semon verlangen die mikroskopische Untersuchung; Pegler erklärt, dass Whistler zur Diagnose Syphilis neigte.

Worthington: Prolaps des Morgagni'schen Ventrikels.

W. stellt für Dr. Kidd ein junges Mädchen vor, das wegen schwerer, seit 3 Wochen bestehender Dyspnoe ins Krankenhans aufgenommen wurde. Es bestand ein erhebliches Oedem der Epiglottis, das nach 1—2 Tagen zurückging und den kleinen Tumor, der jetzt noch zu sehen ist, dem Auge zugänglich machte.

St. Clair Thomson erinnert an die histologischen Untersuchungen von Koschier, der 19 Fälle von Tumoren, die aus dem Ventrikel entsprangen, in situ untersuchte.

Lawrence: Frühstadium von tuberculöser Laryngitis.

Vorstellung eines Falles von beginnender Lungenphthise mit Aphonie. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab eine Herabsetzung der Stimmbandbewegungen, ausserdem eine kleine röthliche Schwellung im Interarytaenoidalraum. Nase und Rachen waren entzündet.

Beale und de Santi sind von dem Vorhandensein von Tuberculose im Larynx nicht überzeugt; bisher ist nur eine chronische Laryngitis, abhängig von Nasenerkrankung, zu constatiren.



Sitzung vom 8. December 1897.

Vorsitzender: Creswell Baber.

Jobson Horne: Stellung und Verhalten der Stimmlippen beim Brust- und Kopfregister.

Redn. demonstrirt unter Bezugnahme auf die im Archiv für Laryngologie erschienene Arbeit von Musehold (Berlin) eine Reihe von Photographien, aus denen erhellt, dass, während bei Brusttönen die Stimmbänder sich öffnen und schliessen, sie bei Kopftönen sich weiten und verkürzen. Beim Hervorbringen kräftiger Brusttöne werden die Stimmbänder nach oben in eine Curvenform geblasen.

Pegler: Sprachfehler als Folge einer Parese des weichen Gaumens, die verursacht ist durch lymphomatöse Geschwülste, welche von beiden Seiten des Septums hinten in den Rachen ragen.

Junger Mann von 23 Jahren, dessen Sprachfehler trotz Beseitigung der nasalen Verstopfung bestehen blieb. Die oben bezeichneten Tumoren wurden durch mikroskopische Untersuchung als rein lymphomatös erkannt.

Pegler: Nekrose der unteren Muschel nach Verletzung.

P. demonstrirt die nekrotische Muschel, die er bei der in der vorigen Sitzung vorgestellten Patientin entfernt hat.

Wyatt Wingrave: Papillome der Gaumenmandel.

1. Ein Papillom, abgetragen von einer grösseren Mandel. Dasselbe besteht aus einem fibrös-vasculären Kern, der von einem fimberntragenden geschichteten Schuppenepithel umkleidet ist.

2. Ein 2 cm langer, glatter, rother Polyp, der aus einer dilatirten Lacune hervorwuchs. Der Pat. litt an häufigen Anginen.

Papilläre Excrescenzen finden sich öfter an den Wänden dilatirter Lacunen in Fällen von chronischer lacunärer Tonsillitis.

Spicer:: Lähmung des linken Stimmbands und des linken Pupillenerweiterers mit Ptosis.

59jähriger Mann mit in der Mittellinie feststehendem linken Stimmband und Verengerung der linken Pupille. In der Höhe des Ringknorpels fühlt man ein Packet geschwollener Drüsen unter dem linken Sternocleidomastoideus.

Spicer: Mucöse Flecke an den Fauces (?).

3 Monate altes Kind, bei dem die Oberfläche der Mandeln, des Zäpfchens und das Velum weiss und wie ulcerirt aussieht. Als das Kind 1 Monat alt war, wurde Soor diagnosticirt. Dann folgte eine Ulceration am Auge und in der Schamfuge. Die Halsdrüsen sind geschwollen. Von diphtheritischer Ansteckung ist nichts nachweisbar. Kali chloricum, intern gegeben, blieb ohne Erfolg. Die Ausdehnung der Affection wechselt von Zeit zu Zeit.

Barclay Baron hat einen ähnlichen Fall beobachtet, der nicht syphilitischer Natur war.

Lambert Lack sah eine ähnliche Ulceration im Zusammenhang mit Lupus.

Spicer: Tumor der Nasenscheidewand mit schnellem Recidiv.

Redner zeigt eine gestielte Gefässgeschwulst, die er vom Septum mit der Scheere abtrug. In 14 Tagen wuchs der Tumor zu seiner ursprünglichen Grösse wieder.

St. Clair Thomson erinnert an einen ähnlichen Fall, über den er im Januar 1896 berichtete. Damals wurde auch das Recidiv abgetragen und die Ansatzstelle mit dem Galvanokauter gebrannt. Seither ist kein weiteres Recidiv erfolgt.

Der Tumor wird der Commission zur Untersuchung zweifelhafter Tumoren übergeben.

Lambert Lack: Fälle von angeborenem laryngealen Stridor.

Redner stellt ein 6jähriges Mädchen und einen Knaben von 3 Jahren vor, die er wegen Stridor in Beobachtung hatte. Der Stridor, der bedingt war durch eine Annäherung der ary-epiglottischen Falten während der Inspiration, bestand bei der Geburt und nahm im Alter von 2 Jahren allmählich ab. Eine weitere Ursache der Stenosirung lag in der übermässigen Faltung der Epiglottis. Diese besteht noch; aber vermuthlich in Folge des Wachsens des gesammten Kehlkopfs nähern sich die Ligg. ary-epiglottica einander bei der Inspiration nicht mehr. Redner stellt folgende Sätze auf: 1. Die Krümmung der Epiglottis hat einen wesentlichen Antheil an der Pathogenese der Obstruction, ist aber nicht ihre wirkliche Ursache. 2. Die übertriebene Faltung derselben ist auch bei Kindern nicht normal.

Richard Lake: Tornwaldt'sche Krankheit.

L. stellt eine junge Frau vor, die seit 10 Jahren an Krustenbildung leidet. Die von einem Chirurgen vorgenommene Turbinotomie der unteren Muschel hat das Leiden noch verschlimmert.

Donelan: Grosse Geschwulst am Halse.

Ein grosser, rasch wachsender Tumor links am Halse, der den Larynx erheblich verdrängte, ohne Dyspnoe zu verursachen.

Atwood Thorne: Symmetrische Ulceration der Mandeln und Perforation des Septum bei einem 13jährigen Knaben.

Die Entzündung der Mandeln griff symmetrisch auf den weichen Gaumen über, wo sie mit scharfem Rande abschnitt. Aus der rechten Tonsille wurde eine käsige Masse entfernt. Aus beiden Nasenlöchern entleerte sich blutiger Ausfluss. An der Brust bestand ein fleckiger Ausschlag. Redner nimmt secundäre oder tertiäre Lues an.

Baber und Hill denken an hereditäre Syphilis; doch spricht die Familien-Anamnese nicht dafür.

Ernest Waggett.



b) Verhandlungsbericht der Société française de Laryngologie.

Versammlung vom Mai 1897.

Moure: Bericht über die Behandlung der Ozaena.

Nach Redn.'s Ansicht ist die Ozaena in der Mehrzahl der Fälle heilbar. Die atrophische Rhinitis stellt sich in 5 verschiedenen Formen dar: die adenoide Form, die mit Sinus-Erkrankung einhergehende Form, die nekrotisirende, die eitrige und die ozaenöse atrophische Form.

Redn. beschreibt jede dieser Formen besonders und giebt dann einen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden, die vorgeschlagen worden sind, medicamentöse, wie chirurgische. Er spricht von der Volkmann'schen und der Rouge'schen Operation, von dem Curettement Cozzolino's und von Gottstein's Tamponade, von den Pulvereinblasungen, den Irrigationen, den Einstäubungen, Einpinselungen, von der Cauterisation, Electrisirung, Vibrationsmassage, von der Serotherapie und den intramusculären Injectionen. Das Behandlungsverfahren, das er selbst übt, ist bei den Kranken, die nicht regelmässig zur Behandlung kommen können, einfach die Ausspülung der Nase, bei den Kranken, die er ständig unter Aufsicht hat, Ausspülung mit nachfolgender Vibrationsmassage und Argentum nitricum-Einstäubung.

Escat: Durchleuchtung der Kieferhöhle durch Contact oder retro-maxilläre Durchleuchtung. (Rev. hebdom. de laryngologie. No. 28. 10. Juli 1897.)

E. hat eine besondere electrische Lampe construirt, die er auf die Schleimhaut, welche die hintere Fläche des Oberkiefers bekleidet, direct auflegt. Der Apparat soll in der Diagnostik der Antrumentzündungen sehr werthvolle Dienste leisten.

Furet: Molluscum pendulum der Mandel.

Gestielter röthlicher Tumor von ungefähr 2 cm Länge, beobachtet bei einem Manne von 48 Jahren. Am Körper und am Hals des Patienten existirten etwa 30 ähnliche kleine Geschwülste, die leeren Weinbeeren glichen. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Die Abtragung wurde mit der galvanischen Schlinge vorgenommen.

Cartaz: Eine Abart von chronischem Abscess des Gaumensegels. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 24. 12. Juni 1897.)

Ein Fistelgang führt von der Vereinigung der beiden Gaumenbögen zum Zäpfchen. Die Pathogenese der Erkrankung deutet Redn. so, dass es sich entweder um einen nicht vernarbten Durchbruch eines alten peritonsillären Abscesses handelt oder aber um die Reste einer Mandelentzündung, die auf einen congenitalen Canal, ein Ueberbleibsel der zweiten Kiemenspalte, übergegriffen hat.

Dundas Grant: Die Behandlung gewisser Heiserkeiten durch Stimmübungen.

Während der Hervorbringung hoher Töne verdünnen sich nach Redn. die Stimmbänder. Sie entledigen sich dabei eines grossen Theiles des in ihren Gefässen enthaltenen Blutes. Darum schlägt Redn. gegen die Heiserkeiten, die mit einer Congestion der Schleimhaut einhergehen, Sprechübungen vor, bei denen gewisse Silben mit Kopfstimme producirt werden. Die Uebungen sind kurz und werden mehrmals am Tage wiederholt.

Castex: Noduläre Kehlkopftuberculose. (Rev. hebd. de laryng. etc. No. 26. 26. Juni 1897.)

Gewisse Knötchen, die am freien Rande der oberen Fläche der Stimmbänder vorkommen, sind Ausdruck einer beginnenden bacillären Infection des Larynx. Dieselben unterscheiden sich von anderen Knötchen durch ihre sphärische Gestalt, ihren Sitz (verschiedene Theile des Stimmbandes), ihre Farbe (grauroth) und durch die gleichzeitig vorhandenen Veränderungen in der Arygegend. Die einfachen Sängerknötchen sind suspect; sie können zum Ausgangspunkt von Tuberculose werden.

Martin: Das salzsaure Eucain in der Rhinologie, Otologie und Laryngologie verglichen mit dem salzsauren Cocain. (Rev. hebd. de laryngol. No. 27. 3. Juli 1897.)

Das Eucain bietet alle Vortheile des Cocains ohne dessen Unannehmlichkeiten. Es ist nicht toxisch und bewirkt keine Retraction der Gewebe. Die Anwendungsweise ist die gleiche, wie beim Cocain.

Lermoyez: Ueber die Ursachen der Recurrenslähmungen.

Redn. beginnt mit einer Erklärung des Mechanismus der Kehlkopflähmungen und erörtert das Zustandekommen der Cadaverstellung und der Medianstellung. Dabei stellt er folgende Fragen, die er nach Möglichkeit zu beantworten sucht:

1. Führt der Recurrens centripetal leitende Fasern?
2. Ist das altgewohnte Schema der Vertheilung der Kehlkopfnerven beizubehalten?
3. Entstammt der Recurrens dem Accessorius oder dem Vagus?
4. Welches ist die bulbäre Vertretung des Larynx?
5. Welches ist die cerebrale Vertretung des Larynx?
6. Warum ist bei unvollständiger Läsion des Recurrens das Stimmband in Mittellinie fixirt?

Im zweiten Theile seines Vortrages bespricht L. die Processe, welche Recurrenslähmungen verursachen, in folgender Reihenfolge:

1. Im Bereich des Recurrensstammes { Trauma, Compression, Neuritis.
2. Im Bereich des Vagusstammes.
3. Im Bereich des Accessoriusstammes.



4. Im Bereich der Medulla oblongata.
5. Im Bereich des Gehirns.

Schliesslich stellt Redn. 3 Haupttypen der Recurrenslähmung auf:

1. Die schwere Recurrenslähmung, die klassische Form, welche zum Exitus führt infolge der Läsionen, die die Lähmung verschuldet haben.
2. Die incurable gutartige Recurrenslähmung.
3. Die gutartige und heilbare Recurrenslähmung, die zur Heilung kommt, ohne irgend eine Spur zu hinterlassen.

Sarremone: Behandlung der Nasenscheidewandverbiegungen. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 29. 17. Juli 1897.)

Die vorderen Deviationen, die knorpliger Natur sind, werden mit dem Messer behandelt; die mittleren, die knorplig und knochig sind, verlangen den Gebrauch der Säge; die hinteren, ausschliesslich aus Knochen bestehenden, behandelt man am besten mit der electrisch betriebenen Trephine.

Luc: Neuere Erfahrungen über die Ogston-Luc'sche Methode der Radicalbehandlung bei Stirnhöhlenempyem. Kritische Erörterung der Misserfolge und der Zufälle, die bei mangelhafter Ausführung der Operation sich ereignen können.

L. drainirt die Stirnhöhle und schliesst die äussere Wunde, wie früher; aber er zieht jetzt eine longitudinale und verticale Incision auf der Mitte der Stirn vor, um beide Stirnhöhlen gleichzeitig zu erreichen.

Schlechte Resultate sind durch mangelhaftes Curettement bedingt.

Luc: Ein neues Operationsverfahren zur schnellen und radicalen Heilung bei Kieferhöhlenempyem.

Redn. empfiehlt die breite Eröffnung des Antrum durch die Fossa canina, danach sorgfältiges Curettement der Höhle, Drainirung durch die Nase und sofortigen Schluss der buccalen Wunde. Zwei Kranke, die er auf diese Weise operirte, wurden geheilt.

Lannois: Syphilitische Verengerung des oberen Theiles des Oesophagus. Behandlung mit der Jaboulay'schen Sonde.

Die Stenose, die 4 Jahre nach der Infection sich gebildet hatte, sass am Uebergang vom Rachen in die Speiseröhre. Die Dilatation wurde mittelst einer Sonde ausgeführt, die ähnlich wie die Trendelenburg'sche Canüle einen Ballon enthielt, der durch Luft aufgeblasen wurde.

Moll: Ictus laryngis. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 31. 31. Juli 1897.)

Der Ictus ist zurückzuführen auf eine peripherische Reizung des N. laryngeus superior, welche centripetal wirkend einerseits das Exspirationscentrum reizt und Hustenstösse auslöst, andererseits das Regulationscentrum des Herzens reizt, so dass eine cerebrale Anämie und infolgedessen Bewusstseinsverlust eintritt.

Redn. berichtet über zwei Fälle, in denen der Reiz von der Nase (Spinen der Scheidewand) seinen Ursprung nahm.

Texier und Miralliè: Unvollständige Recurrenslähmung. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 30. 24. Juli 1897.)

Es handelt sich um einen Mann, der nach einem Sturz auf den Kopf eine rechtsseitige Stimmbandlähmung mit Medianstellung des Stimmbandes, ausserdem Parese des rechten Facialis, Schluckbeschwerden und Geschmacksverlust bekam. Seit der ersten Untersuchung geht das Stimmband mehr und mehr in Cadaverstellung über und die Facialisparese wird stärker.

Ziem: Beziehungen zwischen Nasen- und Geisteskrankheiten.

Redn. berichtet über eine Eigenbeobachtung. Im Verlaufe einer acuten Antrumentzündung bekam er in zwei verschiedenen Recidiven echte Anfälle acuter Manie, die vorübergehende Anstaltsbehandlung nöthig machten.

Die Beziehungen zwischen Nasen- und Geisteskrankheiten lassen sich nach Redn. erklären:

1. durch directe Propagation der nasalen Entzündung auf das Gehirn;
2. durch Lymph- oder Venenstauung;
3. durch Autointoxication; oder schliesslich
4. durch Behinderung der normalen Oxydationsvorgänge.

Brindel: Behandlung der Ozaena mittelst interstitieller Electrolyse. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 34 u. 35. 21. u. 28. August 1897.)

B. hat diese Behandlungsmethode bei 30 Kranken versucht. Dieselben wurden dem electrolytischen Strom in 1—6 Sitzungen in Intervallen von mehreren Tagen bis einigen Wochen ausgesetzt. Die Stromintensität blieb die gleiche oder wurde gesteigert bis 10 Milliampères. Die positive Kupferelectrode wurde in die untere Muschel eingestochen, die negative Stahlelectrode in die Schleimhaut des Septums. Bei seinen 30 Fällen, die sehr sorgfältig und täglich beobachtet wurden, erzielte B. 2mal totale Heilung, 8mal sehr bedeutende Besserung, 13mal geringe Besserung und in 7 Fällen gar keinen Erfolg. Redn. schliesst aus diesem Ergebniss, dass die Electrolyse noch nicht die wahre Therapie für die atrophische Rhinitis mit Ozaena darstellt; denn selbst in den Fällen, in denen das Resultat wunderbar erscheint, bleibt das Recidiv, wie B. sich durch Wiederholung der Untersuchung seiner Kranken nach Jahresfrist überzeugte, nicht aus.

Castex: Die Beziehungen der gerichtlichen Medicin zu den Krankheiten des Ohres, der Nase, des Kehlkopfes und der zugehörigen Theile. (Bull. et mem. d. l. soc. franç. de laryng. Paris 1897.)

Verf. bespricht die Krankheiten der Ohren, der Nase, des Kehlkopfes, der Zunge und des Rachens vom gerichtlichen und militärärztlichen Standpunkt aus. Seine Darlegungen lassen sich schwer in einem kurzen Referate wiedergeben; dieselben müssen im Original gelesen werden.

Dundas Grant: Zwei Fälle von linksseitiger Stimmbandlähmung alkoholischen Ursprungs. (Rev. hebdom. de laryngol. etc. No. 26. 3. Juli 1897.)

In beiden Fällen konnte die Diagnose gestellt werden durch den Ausschluss

anderer Krankheitsursachen und besonders durch die Entwicklung des Leidens. Charakterisirt sind die alkoholischen Lähmungen dadurch, dass sie vorübergehend sind und dass sie überhaupt keine schweren Erscheinungen bieten. Man soll nicht bei allen linksseitigen Stimmbandlähmungen sogleich einen Aortenfehler oder sonst ein schweres Leiden annehmen.

Mouret: Die Ozaena und ihre Behandlung durch alkalische Medicamente. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 38. 18. September 1897.)

Die Erfolge der Serotherapie schiebt Verf. auf die excito-motorische Einwirkung, die jede Seruminjection auf die Nasenschleimhaut ausübt. Die Secretion der Drüsen hindert die Krustenbildung und befördert die Abstossung der bereits gebildeten. Ausgehend von der Annahme, dass die Einführung von Alkalien die Secretion der nasalen Drüsen steigert, lässt M. seine Ozaenösen Natriumbicarbonat in grossen Dosen innerlich und äusserlich — letzteres in Gestalt von Irrigationen — nehmen.

Noquet: Ein Fall von papillären Geschwülsten der unteren Muschel und der Nasenscheidewand. (Rev. hebd. de laryng. etc. No. 38. 18. September 1897.)

Die Tumoren wurden bei dem 40jährigen Patienten mit der kalten Schlinge entfernt; die Ansatzstelle wurde cauterisirt. Seit einem Jahre ist Pat. recidivfrei. Nach der histologischen Untersuchung handelt es sich um eine Hypertrophie der bindegewebigen Elemente der Schleimhaut mit myxomatöser Degeneration des neugebildeten Gewebes.

Bonain: Störungen verursacht durch adenoide Vegetationen bei Heranwachsenden und Erwachsenen. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 39. 25. September 1897.)

Redn. hat 4 Erwachsene wegen Vegetationen operirt. Der erste hatte infolge der Vegetationen eine chronische, eitrige Mittelohrentzündung mit Ozaena und Kopfschmerz. Der zweite litt an Taubheit durch Verstopfung der Tuben und Otitis sicca. Der dritte Patient, eine Frau, klagte über Athembeschwerden und Amenorrhoe. Der vierte endlich hatte seit einem Jahre einen Krampfhusten, der allen möglichen Medicamenten Widerstand leistete. Bei allen vier hatte die Operation vollen Erfolg.

Egger: Beitrag zum Studium der Gefässgeschwülste der Nasenscheidewand.

Pat., eine Frau von 71 Jahren, hatte einen gestielten Tumor der Nasenscheidewand, der leicht blutete. Die histologische Untersuchung ergab die Zusammensetzung des Polypen aus erweiterten Gefässen und myxomatösem Gewebe, in dessen Maschen sich zahlreiche Hämorrhagien fanden.

Vacher: Behandlung der Kehlkopfentzündungen durch intralaryngeale Einpulverungen.

V. demonstrirt einen Dampfpulverisator mit graduirtem Röhrchen.



Jacquin: Der Rachenhusten. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 39. 25. September 1897.)

Der Rachenhusten ist kurz, trocken, monoton; er wird durch ein Fremdkörpergefühl im Halse hervorgerufen, eine Sensation, die auf den Kehlkopf bezogen wird. Nach Redn.'s Ansicht ist der Rachenhusten niemals durch eine einfache Hypertrophie der 4 Mandeln verursacht, sondern es muss eine Entzündung mit ins Spiel kommen. Von 2 Fällen, die Redn. beobachtete, hatte der eine eine Atrophie der Gaumenmandeln, der andere Varicositäten an der vorderen Fläche des hinteren Gaumenbogens.

Bar: Acute Entzündungen der Zungentonsille. (Rev. hebd. de laryngol. etc. No. 36. 4. September 1897.)

Die Entzündungen der Zungenmandel, acute oder chronische, werden eingeleitet durch Streptococcen, Staphylococcen, Pneumococcen und ziemlich häufig durch den Influenzabacillus. Einmal vorhanden, werden sie oft zum Ausgangspunkt einer ausgesprochenen Neurasthenie, bei der das Gefühl von Fremdkörper im Halse auf den Ursprung des Ganzen hinweist. Nach Ueberwindung des acuten Stadiums soll man die Zungenmandel mit dem Galvanocauter zerstören.

Brindel (E. J. Moure).

---

c) Die Gerüche des menschlichen Körpers in gesunden und kranken Tagen. Von Dr. **E. Monin.** Uebersetzt von **A. Dreyer.** Köln, Verlag von Rimbach und Licht. 1898.

Es sind nicht eben liebliche Gerüche, die dem Leser aus den 72 Seiten dieses Büchleins entgegenduften, das den Zweijahrespreis der „Société de médecine pratique" erhalten hat, und es gehört ein gewisser Heroismus dazu, sich durch das Ganze hindurchzuarbeiten. Man glaubt gar nicht, bis man dieses Buch gelesen hat, wie viel unangenehme Gerüche der menschliche Körper in gesunden und kranken Tagen verbreiten kann! — Aber wenn man sich auch unwillkürlich über die Neigung des Autors wundert, der sich gerade ein solches Feld für seine Studien ausgesucht hat, so bleibt seine Leistung darum nicht minder verdienstlich. Mit Recht sagt der Verfasser in seinem Vorwort, dass wenn der Geruchssinn erst in grossem Maassstabe in der Klinik verwerthet würde, er dort auch die grösste — „grosse" wäre vielleicht genauer gewesen — praktische Wichtigkeit erlangen würde. Das ganze Werklein ist ein fortlaufender Beweis dieser These. In acht Abschnitten behandelt der Verfasser den Geruch der Haut und ihrer Anhänge, des Athems (Nase und Mund), des Auswurfs, des Erbrochenen, der Fäkalmassen und Darmgase, des Urins, der weiblichen Genitalorgane, des Eiters und der Gangrän. Alle diese Abschnitte werden in anziehender Weise und mit einer ganz ungemeinen Belesenheit, die sich ebenso auf die alte wie auf die neuere (das Original ist bereits vor 12 Jahren erschienen) Literatur erstreckt, abgehan-

delt. Den Laryngologen dürfte natürlich der Inhalt des zweiten Kapitels: „Geruch des Athems“ vorwiegend interessiren. Stellenweise könnte man vielleicht wünschen, dass in einem, ein so eng umschriebenes Gebiet umfassenden Werklein die einzelnen Beschreibungen etwas ausführlicher und präciser wären. Alles z. B. was wir über den Geruch des Athems beim Kehlkopfkrebs zu hören bekommen ist folgendes (p. 27): „Wenn ein ulcerirter Krebs im Larynx auftritt, so wird der Geruch des Athems ekelerregend und charakteristisch fötid. Der Kranke, versichert Fauvel (Mal. du larynx, 1876, p. 708), soll im Allgemeinen dieses Symptom gar nicht merken, so wenig, wie der mit Stinknase Behaftete den üblen Geruch derselben wahrnimmt.“ — Solcher Beispiele liessen sich manche geben. Aber es bleibt doch genug, um recht anregend zu wirken. — Die Uebersetzung ist leicht und flüssig. Semon.

III. Briefkasten.

Sechster Internationaler Otologischer Congress.

Auf den besonderen Wunsch des Herrn Secretairs veröffentlichen wir im Interesse derjenigen unserer Leser, die sich auch speciell mit Otologie befassen, folgende Bekanntmachung:

„Der sechste internationale otologische Congress wird in London vom 8. bis 12. August 1899 abgehalten werden. Der Präsident ist Dr. Urban Pritchard, Professor der Ohrenheilkunde an King's College, London. Die Sitzungen werden in der Examinationshalle der Königlichen Collegien der Kliniker und Chirurgen am Victoria Embankment abgehalten werden. Zur besonderen Discussion ist die Frage: „Die Indicationen zur Eröffnung des Warzenfortsatzes bei der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung“ gestellt worden. Es hat sich ein grosses und einflussreiches britisches Organisationscomité gebildet. Als Schatzmeister fungirt Mr. A. E. Cumberbatch, 80 Portland Place, London W., als Schriftführer Mr. Cresswell Baber, 46 Brunswick Square Brighton. Der internationale otologische Congress, der sich alle vier Jahre versammelt, wurde zum letzten Male in Florenz abgehalten, wo ein äusserst gelungenes Meeting unter dem Vorsitz von Professor Grazzi stattfand.“

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.



// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XIV. Berlin, December. 1898. No. 12.

I. Die Enthüllung des Wilhelm Meyer-Monuments.

25. October 1898.

Wie ursprünglich beabsichtigt, wurde die feierliche Enthüllung des Meyer-Monuments am 25. October, dem Geburtstag des Verstorbenen, zu Copenhagen vollzogen. Da die Aufstellung des Denkmals auf dem Gefion-Platz bereits stattgefunden hatte, als der Tod der Königin von Dänemark erfolgte, so war eine Verschiebung der Einweihung, wie sie das Comité sonst wohl vorgenommen hätte, nicht mehr möglich, wollte man das Denkmal nicht verhüllt den ganzen Winter über auf seinem Standort belassen, was aus manchen Gründen nicht anging. So blieb es denn bei dem ursprünglich angesetzten Termin, doch beraubte der Trauerfall in der Königlichen Familie das Comité leider der Möglichkeit, die Prinzessin von Wales, welche dem Unternehmen ihr Protectorat gewährt hatte, zu der Festlichkeit einzuladen, und verhinderte auch die anderen Mitglieder der dänischen Königsfamilie, an derselben theilzunehmen.

Warf das genannte traurige Ereigniss somit einen Schatten auf die Ehrung, welche die ganze Welt dem Andenken Wilhelm Meyer's am 25. October 1898 darbrachte, so vollzog sich die Feierlichkeit im Uebrigen nach allen Richtungen hin in würdigster und gelungenster Weise.

Das Denkmal selbst, zu dessen Herstellung sich zwei Bildhauer, ein Däne, Professor Bissen, und ein Finne, Herr Runeberg, ein persönlicher Freund des Dahingeschiedenen, verbunden hatten, ist ohne Frage eines der schönsten und originellsten Denkmäler zeitgenössischer Bildhauerkunst. Auf einer hohen Hermes-Säule aus rothem geschliffenem Granit erhebt sich die überlebensgrosse Broncebüste des Verewigten, geschaffen von Herrn Runeberg. Die Portraitähnlichkeit derselben, zumal en face, ist weit grösser, als man aus unserer, im Uebrigen



wohlgelungenen Illustration entnehmen kann. Die Säule selbst trägt zwei Inschriften in Gold. Vorn:

Lägen[1]) Hans Wilhelm Meyer.
* Fredericia. 25. October 1824.
† Venezia. 3. Juni 1895.

Auf der Rückseite:

Dette Mindesmaerke
reisted i. Aaret 1898
ved Bidrag fra Danmark
og Uglandet.[2])

Sodann folgen die Namen der Länder, die zu dem Denkmal beigetragen haben:

Australia, Austria, Batavia, Belgia, Britannia,
Civitates Foederatae Americae Septentrionalis,
Dania, Gallia, Germania, Helvetia, Hispania,
Hungaria, Italia, Norwegia, Polonia, Russia.

Das Postament ruht auf einer treppenartig angeordneten Grundlage aus ungeschliffenem grauem Granit.

Schliesst sich das Denkmal so weit dem üblichen Stil solcher Monumente im Ganzen an, so wird ihm ein ganz individueller und rührender Zug durch die Schöpfung Professor Bissen's: die Hygiea, welche dem Verewigten ihren Tribut darbringt, verliehen. Von links betritt die Stufen des Postaments eine überlebensgrosse weibliche Gestalt, wie die Büste selbst, aus Bronze gefertigt. In ruhiger, würdevoller Bewegung einherschreitend, den edlen Körper theilweise mit einem in schönem Faltenwurf herabwallendem Gewande bedeckt, das ausdrucksvolle Antlitz in Ehrfurcht und Dankbarkeit zur Büste emporhebend, reicht sie mit der rechten Hand dem Gefeierten die Palme, während die linke auf dem von der Schlange umwundenen Aesculapiusstab ruht. Das Alles ist so schön, so vornehm, so natürlich, dass, als der Schleier von dem Denkmal fiel, nur eine Stimme der Bewunderung, der Rührung über dieses vollendete Kunstwerk laut wurde.

Das Denkmal steht, wie schon erwähnt, auf dem Gefion-Platz in der Nähe des Oere-Sund. Schon jetzt hat der Kopenhagener Volkswitz herausgefunden, dass ein besserer Platz für den hingeschiedenen grossen Ohrenarzt nicht gefunden werden konnte, als in dieser Nachbarschaft. Denn Oere-Sund bedeutet: „Gesundes Ohr!" — Auch dass der Blick der Büste auf das in seiner Nähe liegende Taubstummen-Institut gerichtet ist, ist bezeichnend für die glückliche Wahl des Platzes. Werden in wenigen Jahren die zahlreichen Neubauten in der Umgegend des Denkmals beendet sein, werden die jetzt heranwachsenden Bäume ihren Schatten über es werfen, so wird es zu den Hauptzierden der an Werken der Bildhauerkunst so reichen Hauptstadt Dänemarks gehören, wie auch der Bürgermeister in seiner Dankesrede hervorhob.

---

1) Lägen = Arzt.
2) D. h.: Dieses Monument ist im Jahre 1898 aus Beiträgen von Dänemark und dem Auslande errichtet worden.

Am Einweihungstage war das Monument von einer Anzahl hoher Fahnenstangen eingezäunt, von welchen neben der dänischen Flagge die Flaggen aller Nationen, die zu dem Liebeswerke beigesteuert hatten, lustig im frischen Winde flatterten. An seiner Vorderseite erhob sich ein grosses Zelt, in welchem die Ehrengäste Platz nahmen, und welches sich bei einem scharfen Schauer, welchen die Wolken zum Anfang der Festlichkeit herabsandten, als äusserst nützlich erwies. Zwischen dem Zelt und dem Denkmal stand die Rednerbühne.

Zur Feier selbst hatte sich ein äusserst zahlreiches und gewähltes Publikum eingefunden. Die ehrwürdige Wittwe, der Sohn und zwei der Töchter Meyer's nahmen den Ehrenplatz ein, ihnen nahe der Bürgermeister von Kopenhagen, der Künstler, Prof. Bissen, die Gattinnen des Präsidenten und des Schatzmeisters des internationalen Comité's, Frau Dr. Schmiegelow und Frau Dr. Mygind. Die Universität Kopenhagen, die medicinische Facultät, die Aerzte der Hauptstadt und des Landes hatten zahlreiche Vertreter entsandt, das grosse Publikum nahm an der Feier augenscheinlich lebhaften Antheil, und aus der Ferne waren Sir Felix Semon (London), der Präsident des früheren britischen Landescomité's, den das Comité als Urheber des Gedankens, Meyer ein Denkmal zu setzen, aufgefordert hatte, die Festrede zu halten und das Denkmal im Namen der Beisteuernden der Municipalität Kopenhagens zu übergeben, sowie Dr. Edmund Meyer, der Schatzmeister des früheren deutschen Landescomité's erschienen. Die Präsidenten des deutschen und des holländischen Comité's, Geh.-Rath B. Fränkel und Prof. Guye, welche gehofft hatten, an der Feier persönlichen Antheil zu nehmen, waren leider im letzten Augenblick am Erscheinen verhindert.

Die Feierlichkeit begann mit der Absingung einer speciell zu dieser Gelegenheit von Herrn Ernst von der Recke gedichteten und von der ganzen Versammlung gesungenen Cantate mit Posaunenbegleitung. Sodann bestieg Sir Felix Semon die Rednertribüne und hielt (auf Wunsch des Comité's in englischer Sprache) folgende Festrede:

Herr Bürgermeister, meine Damen und Herren!

Das Executivcomité des Wilhelm Meyer-Monuments hat mich mit der höchst ehrenvollen Aufgabe betraut, das dem Hingeschiedenen zu Ehren aus internationalen Beiträgen errichtete Denkmal der Fürsorge der städtischen Behörden Kopenhagens zu überweisen. Indem ich diese angenehme Pflicht erfülle, bedaure ich lebhaft meine Unfähigkeit, diese hochansehnliche Versammlung in dänischer Sprache anzureden und werde schon aus diesem Grunde Ihre Geduld nicht lange in Anspruch nehmen. Andrerseits aber ist die Gelegenheit, zu der wir zusammengekommen sind, eine so ungewöhnliche, dass es mir verstattet sein möge, in wenigen Worten ihre Bedeutung auseinanderzusetzen.

Wir sind heute hier zu dem Zwecke versammelt, ein zu Ehren des verstorbenen Dr. Hans Wilhelm Meyer errichtetes Denkmal zu enthüllen. Ein Denkmal zu Ehren eines Arztes — das ist an sich eine sehr ungewöhnliche Sache! — Durch die Kunst des Bildhauers in Erz oder Marmor auf einem öffentlichen Platze verewigt zu werden, ist eine Auszeichnung, die seit altersher gewöhnlich nur Angehörigen weniger Stände zutheil geworden ist. Grosse Herrscher, gütige oder

kriegerische Fürsten, hervorragende Staatsmänner, siegreiche Feldherrn und Seehelden — solches sind die begünstigten Sterblichen, zu deren Ehren am häufigsten Standbilder errichtet worden sind; seltener ist diese Anerkennung grossen Künstlern: Dichtern, Malern, Musikern, Bildhauern erwiesen worden; noch seltener sind Männer der Wissenschaft, Philosophen, Gesetzgeber, Erfinder und andere Führer in der Gedankenwelt in dieser Weise ausgezeichnet worden; äusserst klein endlich ist die Zahl der Denkmäler, die zu Ehren von Mitgliedern des ärztlichen Standes errichtet worden sind. Der Grund hierfür ist nicht weit zu suchen. Nur langsam und durch die Mitarbeiterschaft vieler wächst das Gebäude der wissenschaftlichen Medicin. Die Gesammtsumme der geistigen Thätigkeit eines ärztlichen Lebens bedeutet in der Regel kaum einen einzelnen Mauerstein in diesem stets höher aufstrebenden Bauwerk. Selbst wenn die Leistungen eines Arztes eine ungewöhnliche Bedeutung besitzen, werden sie nur selten ausserhalb eines verhältnissmässig engen Kreises unter seinen Berufsgenossen bekannt; nicht häufig ist ein ärztlicher Ruf ein wirklich universeller in seinem eigenen Stande; noch seltener dringt er zur Kenntniss, appellirt er an die Dankbarkeit der grossen Welt. So ist das Schicksal des wissenschaftlichen Arztes, selbst wenn er während seiner Thätigkeit als Forscher, Lehrer und Schriftsteller die öffentliche Wohlfahrt beträchtlich gefördert hat, gewöhnlich kein nach aussen glänzendes. Einige anerkennende Nekrologe, die dankbare Erinnerung einiger Freunde und Schüler, die in der Regel nur bis in die zunächst folgende Generation reicht, schliesslich ein Plätzchen für seinen Namen in denjenigen Winkeln der medicinischen Literatur, zu deren Ausbau er am meisten beigetragen hat, — das ist die Summe des Lebenswerkes der meisten Führer des ärztlichen Standes.

Was ist nun das besondere Verdienst Hans Wilhelm Meyer's gewesen, das ihm eine so ungewöhnliche Ehre hat zutheil werden lassen, wie es diejenige ist, welche seinem Andenken am heutigen Tage gezollt wird? — Die Antwort ist leicht zu geben. Es sind jetzt grade 31 Jahre verflossen, seit er eines Tages von einem 20jährigen Mädchen consultirt wurde, welches an Taubheit litt, dessen Stimme einen ganz besonderen Klang hatte, und dessen Gesichtsausdruck ein fast idiotischer war. Die Behandlung der Ohren und des Halses ergab keine befriedigenden Resultate, und erst als der Beobachter, welcher vor einem Räthsel stand, eines Tages seinen Finger in den Raum zwischen der Nase und dem Halse der Patientin einführte, ergab sich eine unerwartete Lösung. Statt in eine offene Höhle zu gelangen, fand sich der untersuchende Finger inmitten einer grossen, weichen, leicht blutenden Masse, ein Zustand, dessen Existenz und Natur derzeit eine „terra incognita“ bildete. Es gelang Meyer, diese Masse auf operativem Wege zu entfernen, mit dem Ergebniss, dass die Taubheit sich bedeutend verbesserte, dass die Stimme einen natürlichen Klang bekam und dass der idiotische Gesichtsausdruck verschwand. So befriedigend aber dies Resultat an sich war, so beginnt Meyer's wirkliches Verdienst erst von diesem Punkte. Schopenhauer hat einmal sehr wahr bemerkt, dass nicht derjenige der Finder einer Sache ist, der sie vom Boden aufhebt und wieder fallen lässt, sondern derjenige, der sie aufhebt und ihren Werth erkennend, sie bewahrt. Hätte Meyer seine Beobachtung im Lichte einer blossen pathologischen Curiosität be-

trachtet, so dürften wiederum Jahre und Jahre vergangen sein, ehe die wirkliche Wichtigkeit der Sache gebührend gewürdigt worden wäre. Meyer aber liess mit dem richtigen Instinkt des wissenschaftlichen Beobachters, welcher eine bedeutende Wahrheit aus kleinen Anfängen entwickelt, den Faden, welchen eine zufällige Beobachtung ihm in die Hand gespielt hatte, nicht wieder fallen. Er begann die Frage nach allen Richtungen zu studiren; er untersuchte die von ihm entfernten Massen auf ihre Structur hin, fand, dass sie drüsiger Natur waren und gab ihnen den Namen: „Adenoide Vegetationen"; er erforschte den Einfluss, welchen eine Verstopfung des Nasenrachenraumes auf Athmung, Gehör, Sprache, Gesichtsausdruck, allgemeine geistige und körperliche Entwicklung ausübt; er untersuchte 2000 Kopenhagener Schulkinder auf die Häufigkeit des Leidens hin; er machte sich zum Apostel seiner neuen Lehre, indem er dieselbe nicht nur in seinem Heimathlande, sondern auch in wissenschaftlichen Blättern anderer Länder veröffentlichte. Mit einem Worte: so vollständig begriff er die wirkliche Bedeutung seiner Entdeckung, dass er seinen Nachfolgern auf diesem Gebiete nur die Hinzufügung mehr oder minder wichtiger Details übrig liess, während die Grundlage des von ihm errichteten Gebäudes seit der Zeit seiner ersten Veröffentlichung über die Frage unverändert geblieben ist. —

Trotzdem lässt sich nicht behaupten, dass seine Lehre sich vom ersten Augenblicke an allgemeiner Verbreitung erfreute. Als er im Jahre 1881 eine Discussion über die Frage auf dem Londoner internationalen medicinischen Congresse eröffnete, hatte dieselbe, wie ich mich wohl erinnere, für viele seiner Zuhörer, obwohl sein Auditorium sich grösstentheils aus Specialisten zusammensetzte, fast den Reiz einer Neuheit. Erst im Laufe der folgenden zehn Jahre wurde die wirkliche Wichtigkeit des Gegenstandes in der ganzen Welt anerkannt. Es war anfänglich nicht leicht, die grosse Masse der Aerzte, die Eltern der gewöhnlich in jugendlichem Alter stehenden Patienten, die Schullehrer zu überzeugen, dass eine Entdeckung gemacht worden sei, welche, wie wenige andere in der Medicin, die höchste praktische Bedeutung für die Entwicklung der „mens sana in corpore sano" der heranwachsenden Generation besässe, und es bedurfte des Zeugnisses der erstaunlichen Verbesserung, welche sich bei den erfolgreich Operirten innerhalb kurzer Zeit geltend macht, um diese Ueberzeugung zu einer allgemeinen zu machen. Aber die Wahrheit bricht sich schliesslich, wenn auch öfters langsam, unwiderstehlich ihre Bahn, und ehe Meyer seine Augen schloss, war es ihm vergönnt zu sehen, dass der Werth seiner Entdeckung in der ganzen Welt anerkannt war. Schon damals belief sich die Zahl derjenigen, denen durch die rechtzeitige Entfernung der verstopfenden Drüsen die Geissel lebenslänglicher Taubheit, die dauernden Folgen behinderter Nasenathmung erspart worden waren, auf viele Tausende, während die durch Meyer's Verdienste möglich gewordenen Wohlthaten sich in absehbarer Ferne auf Hunderttausende und auf Millionen erstrecken werden! —

Der unmittelbar nach seinem Hinscheiden gemachte Vorschlag, ihm ein Denkmal in Kopenhagen zu errichten, fand unter diesen Umständen eine überaus sympathische Aufnahme; es bildeten sich sofort Ausschüsse behufs seiner Verwirklichung in fast allen Ländern, in welchen wissenschaftliche Medicin gepflogen

wird; in Grossbritannien hatte sich die Bewegung des speciellen Protectorats Ihrer Königlichen Hoheit, der Frau Prinzessin von Wales, einer Tochter des dänischen Königshauses, zu erfreuen; überall wetteiferten Kliniker, Chirurgen, Specialisten, Hausärzte, dankbare Eltern, frühere Patienten miteinander, ihr Scherflein zu einem wahrhaft internationalen Denkmal der Dankbarkeit seiner Zeitgenossen gegen den dahingeschiedenen grossen Wohlthäter des Menschengeschlechts beizutragen, und das Ergebniss sehen wir heute vor uns in Gestalt dieses schönen und rührenden Monumentes, welches die Namen der Künstler, der Herren Bissen und Runeberg in die ganze Welt hinaustragen wird.

Es ist wahr, dass in dem allgemeinen Chorus von Zustimmung einige wenige Dissonanzen sich haben hören lassen. „Was ist denn schliesslich“, so hat man gefragt, „Meyer's ausserordentliches Verdienst gewesen? Er hat seinen Finger in den Nasenrachenraum einer Patientin gesteckt und hat dort eine Verstopfung gefunden, die er beseitigte und die sich späterhin als häufiger erwies, als man derzeit annehmen konnte.“ — Sehr wahr! Aber brauche ich meine Zuhörer zu erinnern, dass dasselbe oberflächliche Argument gegen die Ansprüche von Christoph Columbus ins Feld geführt worden ist? — Amerika war von jeher vorhanden gewesen; es hatte, sozusagen, nur auf den kühnen Seemann gewartet, der es wagen wollte, soweit nach Westen zu segeln, bis er auf einen neuen Continent stiess! — Aber Columbus that es! — Der Nasenrachenraum hat auf seinen Erforscher gewartet, seitdem der Mensch in seiner gegenwärtigen Gestalt existirt hat. Krankhafte Verstopfung dieses Raumes hat zu der frühesten Zeit bestanden, auf welche uns die Urkunden der Bildhauerkunst zurückzugehen erlauben. In seiner letzten Arbeit über die Frage, welche Meyer nur wenige Monate vor seinem Tode schrieb, zeigte er, dass der Gesichtsausdruck mehrerer griechischer Statuen und Büsten, welche uns erhalten geblieben sind, keinen Zweifel darüber lässt. dass die Originale an „adenoiden Vegetationen“ gelitten hatten: mittelalterliche Portraits historischer Persönlichkeiten beweisen dieselbe Thatsache. Jeder Arzt hätte auf den Gedanken kommen können, die Frage in derselben Weise zu erforschen, wie es Meyer im Jahre 1868 that; aber es blieb Meyer vorbehalten dies zu thun, und sodann die Wichtigkeit seiner Entdeckung in einer Weise zu erfassen, die ihn ohne Uebertreibung zu einem Wohlthäter der Menschheit stempelt! — Das ist es, warum wir heute hier versammelt sind; das ist es, warum wir sein Andenken ehren! —

Meine Herren! Dänemark hat zahlreiche Männer von Verdienst in fast allen Zweigen menschlicher Thätigkeit hervorgebracht. Wenn in vielen Fällen diese Verdienste den Landsleuten der Betreffenden besser bekannt sind, als dem Auslande, so ist das nur natürlich und findet überall sein Gegenstück. Es giebt aber einige Dänen, mit deren Namen jeder Gebildete vertraut ist, deren Ruf kein localer, sondern ein universeller ist, und welche, obwohl ihre Landsleute mit Recht auf sie stolz sein dürfen, gewissermassen der ganzen Welt angehören. Brauche ich die Namen von Tycho Brahe, von Hans Christian Oersted, von Bertel Thorwaldsen, von Hans Christian Andersen, von Niels Gade zu nennen? — Diesen grossen Namen, denke ich, dürfen wir verehrungs-

voll den Namen Hans Wilhelm Meyer's anreihen, eines der grössten Wohlthäter der Menschheit, welchen die Geschichte der Medicin gekannt hat.

Herr Bürgermeister! Im Namen derjenigen, welche gern zu diesem äusseren Zeichen der Dankbarkeit gegen Ihren grossen Landsmann beigesteuert haben, habe ich die Ehre, das Denkmal von Hans Wilhelm Meyer dem Schutze der städtischen Behörden Kopenhagens zu überweisen. —

Bei den letzten Worten des Redners fiel die Hülle, die bis dahin das Denkmal verdeckt hatte, und die Versammlung, die sich instinktiv erhob, während sich alle Häupter entblössten, blickte mit Rührung auf die wohlbekannten Züge des Gefeierten und die schöne Gestalt, die ihm eine so würdige Ehrung erweist.

Sodann bestieg der Bürgermeister von Kopenhagen die Tribüne und sprach dem Festredner, wie allen Denen, die zu der Errichtung des Denkmals beigetragen hatten, den Dank der Bürger Kopenhagens aus. Er bestätigte Alles, was Sir Felix Semon über die Verdienste Meyer's gesagt hatte, und drückte seine Ueberzeugung aus, dass, wie gross auch die weiteren Fortschritte von Meyer's Specialwissenschaft sein möchten, der Name des Gefeierten stets als der eines Altmeisters auf diesem Gebiete in Ehren fortleben werde. Schliesslich gelobte er im Namen der Kopenhagener Stadtgemeinde, das schöne Denkmal stets getreulich zu pflegen und zu bewahren.

Dem Danke des Bürgermeisters schloss sich derjenige des Vorsitzenden des internationalen Comités, Dr. Ernst Schmiegelow an. Speciell galt seine Rede den ausländischen Zeichnern zu dem Denkmal, welche in der Person Hans Wilhelm Meyer's die dänische Wissenschaft und die ganze dänische Nation geehrt hätten.

Den Schluss der schönen Feier bildete die Absingung des zweiten Theils der Cantate. Noch lange aber, nachdem der officielle Akt vorüber war, blieben die Gäste auf dem Festplatze und entdeckten immer neue Schönheiten an dem Denkmal, auf dessen Sockel inzwischen von liebenden Händen zahlreiche schöne Blumenspenden niedergelegt waren.

Am Abend des Tages brachten die Kopenhagener Blätter, die der ganzen Feier schon mehrere Tage vorher sympathische Artikel gewidmet hatten, ausführliche Berichte über den Festakt und Abbildungen des Denkmals.

Dr. Schmiegelow vereinigte an demselben Abend die ausländischen Gäste, den Sohn des Gefeierten, den Schöpfer der Hygiea, den Bürgermeister von Kopenhagen, die Mitglieder des Comités und eine Anzahl der medicinischen Notabilitäten Kopenhagens zu einem Festmahl in seinem gastfreien Hause.

Noch sei als einer historischen Merkwürdigkeit erwähnt, dass fast unmittelbar vor dem Festakt Sir Felix Semon durch die Güte des Schatzmeisters des internationalen Comités, Dr. Holger Mygind, die Gelegenheit hatte, die Patientin zu untersuchen, welche fast genau 31 Jahre vorher (am 22. October 1867) Wilhelm Meyer wegen ihrer durch adenoide Vegetationen verursachten Taubheit consultirt und damit den ersten Anstoss zu der epochemachenden Entdeckung gegeben hatte, welcher die beschriebene Feier gewidmet war. Ist die Taubheit auch

nicht völlig gehoben — wie dies bei dem verhältnissmässig vorgeschrittenen Alter, in dem die Kranke zur Beobachtung kam, auch gar nicht anders zu erwarten ist (sie leidet auch jetzt noch periodisch an suppurativer Otitis media), so ist die Sprache doch eine natürliche, und von dem idiotischen Gesichtsausdruck keine Spur mehr vorhanden.

II. Jahresbericht

bearbeitet nach dem XIV. Jahrgang des internationalen Centralblattes (vom 1. Januar bis 1. November 1898)

von

J. Katzenstein, A. Kuttner, E. Meyer.

A. Allgemeines, Parotis etc.

Das Verhältniss der Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zu den Allgemeinerkrankungen des Organismus wird in mehreren Arbeiten besprochen, so von Zwillinger (131), Sokolowski (196), W. E. Briggs (355), W. F. Chappell (529). Die beiden letzteren betonen ebenso wie Beverley Robinson (197), dass die Localtherapie allein in vielen Fällen nutzlos ist. — Castex (567) betrachtet die Erkrankungen der oberen Luftwege vom gerichts- und militärärztlichen Standpunkt aus. — A. Rivière (299) warnt vor der Ueberschätzung von Nasen-, Larynx- und Ohraffectionen bei nervösen Störungen. — Lauffs (132) berichtet über einen von der Nase geheilten Fall von Zuckungen im Gebiet des Facialis. — J. Mader (134) hat einen Fall von Singultus durch constanten Strom — Anodenapplication am Halse — geheilt. — Allyn (357) erwähnt das häufige Auftreten multipler Neuritis nach Influenza. — J. H. Hollister (356) ist der Ansicht, dass die meisten Infectionen durch die Luft erfolgen, die Gesunderhaltung der oberen Luftwege sei aus diesem Grunde dringend geboten. — Auf die Wichtigkeit der Urinuntersuchung bei verschiedenen Affectionen weist H. J. Mulford (3) hin. — Uebersichten über die Fortschritte der Rhinolaryngologie geben F. Ostersetzer (527), St. Clair Thompson (131), Hugo Zwillinger (131). — Statistische Berichte über Kliniken etc. liegen von A. Baurowicz (2), S. v. Stein (3), James Ball (239), Gouguenheim (299), Martinez (439), H. Burger und H. C. A. Campagne (527) vor. — Ueber die Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren bei Kindern berichtet R. C. Myles (356). — A. Hock (529) weist auf den Zusammenhang der chronischen Catarrhe im Kindesalter mit Masern und Influenza hin. — E. Yonge (403) betont die Häufigkeit von Erkrankungen der oberen Luftwege bei Schullehrerinnen.

— Als Ursache der chronischen Catarrhe schliesst sich H. Koppel (196) den Freudenthal'schen Anschauungen an. — Die Bedeutung der freien Nasenathmung betonen R. W. Miller (196) und C. W. Smith (196). — Schalck (196) bespricht die Lehre von der Stenose der oberen Luftwege.

Nach Weidenfeld (195) sind die Musc. intercostales keine Athemmuskeln, wohl aber die Intercartilaginei, besonders in den vom Seitenrand des Sternum zu den Rippenknorpeln ziehenden Fasern. — Nach Rudolf Fick (355) arbeiten die Musc. intercostales ext. und intercartilaginei bei ruhiger Athmung, während die Betheiligung des Zwerchfells eine geringe ist. Die Intercostales intern. sind Senker der Rippen. Die Brustathmung hat ebensowenig etwas Charakteristisches für das Weib, wie die Bauchathmung für den Mann. Sternocleidomastoidei und Scaleni sind Hilfsmuskeln, die Zungenbeinmuskeln sind bei der Athmung gänzlich unbetheiligt. — In einer gemeinsamen Arbeit haben Zuntz und Loewy (195) die Bedeutung des O-Mangels und der CO_2 auf die Innervation der Athmung geprüft. Steigerung des CO_2-Gehaltes führt sofort zur Verstärkung der Athmung, grosse Dosen CO_2 führen wieder zu einem Sinken derselben. Bei mechanischer Athmungserschwerung tritt die CO_2-Wirkung viel weniger deutlich hervor. Schwankungen des O-Gehaltes von 12,5—60 pCt. blieben hingegen ohne wesentlichen Einfluss. — A. Loewy (195) hat gefunden, dass das Höhenklima den Gaswechsel steigert, da die verdünnte Luft in der pneumatischen Kammer anders wirkt, kann man die den Stoffwechsel anregende Wirkung des Höhenklimas nicht auf den veränderten Barometerdruck beziehen. — Magnus Levy (196) bespricht in einer Arbeit die Aufgaben und die Bedeutung von Respirationsversuchen für die Pathologie des Stoffwechsels. — Ueber die Barlow'sche Krankheit schreibt Zuppinger (484). — v. Thaal (484) berichtet über einen Fall von Hautemphysem durch Berstung des Lungenparenchyms. — Schlesinger (530) glaubt durch Röntgenoskopie nachgewiesen zu haben, dass das Asthma kein tonischer Zwerchfellkrampf sei. — E. Winkler (356) hat beobachtet, dass bei 40 pCt. der Halsoperationen Fieberbewegungen eintreten. — Benedikt (395) unterscheidet 3 Arten von Kopfschmerzen je nach der Erkrankungsstelle des Nerven, 1. an den Nervenwurzeln, 2. an Plexus und Nervenstämmen, 3. an der peripheren Nervenendigung.

Casuistische Beiträge zur Angina Ludovici liefern Ombrédonne und Klein (3), Weil (65), Dubois (313). In dem Weil'schen Falle war die Erkrankung im Anschluss an Angina lacunaris entstanden, während J. Gasser (458) die Infection vom Zahnfleisch aus für das Gewöhnliche ansieht. Letzterer fand Streptococcen und den Bac. coli, Ombrédonne und Klein (3) Strepto- und Staphylococcen.

Im Anschluss an einen Fall von Cystadenoma papilliferum des Halses bespricht H. Plauth (133) die Cysten des Halses, er rubricirt dieselben in derselben Weise wie Burow. — Fälle von Halscysten publiciren Trzebicky (4), A. W. de Roaldès (4), Scheff (63), Mauny (240), M. Wittner (240). — Rutherford (3) und Charsley (229) berichten über je einen Fall von Kiemengangfistel. — v. Hacker (132) veröffentlicht eine Methode zur Operation der completen seitlichen Halsfistel. — Gallet (132) hat ein Rundzellensarkom am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus, das den Oesophagus comprimirte,

operirt, G. J. Hankins (4) verletzte bei der Operation eines Sarkoms am Halse den Ductus thoracicus und unterband denselben.

Für die Möglichkeit des Thymustodes spricht der von Clessin (484) publicirte, ein 2monatliches Kind betreffende Fall und ein Fall von Winogradow (133), in dem es sich um ein 182 g schweres Myxom der Thymus bei einem $1^1/_2$ Monate alten Kinde handelte. — Epitheloide Umwandlung der Thymus beobachtete Lochte (485) 2mal. — Otto (485) konnte 2mal Miliartuberculose der Thymus feststellen.

P. Claisse und E. Dupré (439) unterscheiden 2 Formen von Parotitis saturnina: 1. die wässrige, welche entweder entzündlicher oder skleröser Natur sein kann, 2. die hypertrophische Cirrhose der Parotis. Nach Croutes (4) tritt die Parotitis saturnina meist schleichend auf, sie ist doppelseitig, zur Zeit der Mahlzeiten grösser und schmerzhafter werdend. J. Comby (395) spricht über die indolenten Parotitiden bei Bleiintoxicationen. Achard (395) sah bei chronischen Pb-Parotitiden acute Exacerbationen, Chauffard (395) sah dieselben Entzündungen bei Cu, J, Hg und dem urämischen Gift, nur verlaufen dieselben bei den letzten dreien mehr acut. — Experimentell wies Rénon (315) Pb in den Speicheldrüsen nach. — Ueber intermittirende Hydroparotitis berichtet P. Claisse (483). — R. H. Brown (484) sah eine Parotitis durch eine Feder im Ductus Stenonianus verursacht. — Thomas Harris (495) erwähnt die Trockenheit im Munde bei Schwellungen der Parotis. — Bein (5) fand bei Parotitis einen dem Gono- und dem Meningococcus ähnlichen Mikroorganismus im Eiter.

Einen Fall von Sialodochitis fibrinosa beschreibt Embden (455), welcher ebenso wie Klippel und Lefas (314) die Veränderungen der Speicheldrüsen bei Syringomyelie und Tabes untersucht hat. — Hypertrophien der Sublinguales sind von Braquehaye (314) und Broca (368) beschrieben. — Zwecks Gewinnung einer grösseren Menge Speichels empfiehlt Sticker (315) einen hühnereigrossen Badeschwamm in den Mund nehmen, und Kaubewegungen machen zu lassen. — Steine in den Ausführungsgängen der Speicheldrüsen entfernten Faivre (314) und Killian (392). — Comte (395) und Schwartz (483) sahen Enchondrome der Parotis; ein Cylindrom mit grosser Neigung zu Recidiven Du Castel (5); ein Endotheliom mit fibrösem Kern Jakowenko (5). — F. Page (239) glückte die Exstirpation eines Parotistumors bei einem 78jährigen Manne. — Hutchinson (88) hat häufig bei Krebs der Mundhöhle eine entzündliche Veränderung der Submaxillaris gesehen, die Carcinom vortäuschte. Cecil Beadles (88) sah in 15 Fällen die gleichen Veränderungen. Butlin (88) beobachtete bei Carcinom eine Infection der Speicheldrüsen von den umliegenden Lymphdrüsen. — Einen Fall von verkäsender Tuberculose der Parotis beschreibt Bockhorn (239). —

Duplay (240) und Marchandé (455) leiten die Halsdrüsenschwellungen von cariösen Zähnen her. — Die Seltenheit von Malaria-Veränderungen in den oberen Luftwegen betont H. W. Loeb (67). — Luithlen (68) bearbeitet den Pemphigus der oberen Luftwege, Vitrac und Laubie (5) eine ausgedehnte syphilitische Neubildung der Wange. — C. Janson (241) hält die Erysipelcoccen für virulent gewordene Streptococcen des Mundes. — J. E. Kimball (67), E. A. Kirkpatrick (67), Chalmonski (356) bearbeiten die Frage der Erkältung.

Prothon (4) bespricht den spasmodischen Schiefhals und empfiehlt zu seiner Beseitigung Muskeldurchschneidungen, De Buck (132) veröffentlicht einen Fall von wahrscheinlich reflectorischem Torticollis. — Kaposy beschreibt einen malignen leukämischen Tumor des Gesichts.

Schwartz (483) hat bei der Operation eines Tumors, bei welcher der Ductus Stenonianus verletzt war, ein neues Ostium des Ductus Stenon. angelegt. — R. S. Anthony (495) gelang der operative Verschluss einer Speichelfistel. — Lennox Browne (5) bespricht die Galvanokaustik in Beziehung zu Nasen- und Rachenerkrankungen.

M. Braun (241) erörtert die Technik der Vibrationsmassage, er konnte in den meisten Fällen die Wirksamkeit der Vibrationen nachweisen, Paul Garnault (357) sah Nutzen der Vibrationen bei Ozaena und Catarrhen.

Parascandolo (241) macht Ansprüche auf die Priorität der Immunisation gegen pyogene und Erysipelascoccen. — Currieu und Pellon (530) empfehlen das Antistreptococcenserum gegen Influenza. — Wm. H. Park (299) bespricht die Serumtherapie.

Ueber Röntgenstrahlen haben Macintyre (67, 117), Scheier (278, 440), Herzfeld, Flatau, Treitel, Rosenberg, Kirstein (430) und Schlesinger (530) Versuche publicirt. E. Meyer.

B. Nase und Nasenrachenraum.

Bergeat (307) beschreibt den anatomischen Bau der Hohlräume der mittleren Muschel.

Zuckerkandl (307) giebt eine Uebersicht über Entwickelungsgeschichte und descriptive Anatomie der Muscheln mit besonderer Berücksichtigung der Killian'schen Ergebnisse.

Bergeat (441) veröffentlicht in einer eingehenden Studie Befunde im Naseninnern von skelettirten Rassenschädeln bei vorderer Rhinoskopie.

Peláez (442) studirte die topographische Anatomie der Nasenhöhlen und die daraus zu entnehmenden Schlussfolgerungen betreffend die Erkrankungen derselben. Des ferneren behandelt er die Physiologie der Nasenhöhle mit Angabe aller Veröffentlichungen seitens der Rhinologen über den Geruchsinn und den Filtrirapparat der Schleimhaut der Nase, endlich die Nasenathmung und deren Einfluss auf die Circulation sowie die phonetischen und baktericiden Eigenschaften der Nase.

Warren (402) bespricht die Entwickelungsgeschichte, Anatomie und die Abnormitäten der Nasenscheidewand.

In seinen Arbeiten über Physiologie und Pathologie der Nasenathmung (397 u. 490) deutet Mendel die von Hack als Reflexstörungen erkannten Krankheiten durch Unwegsamkeit der Nase mechanisch.

Parker (201) berichtet über den Einfluss der Auswüchse der Nasenscheidewand auf die Athemwege.

Saenger (397) stellt fest, dass an der Erzeugung der Rhinophonie das Mittönen der in den Nasenhöhlen befindlichen Luft keinen wesentlichen Antheil hat.

Wright (490) bespricht die Bedeutung der Nasenathmung und die Ursachen und Folgen der Mundathmung.

Bibard (134) giebt eine Uebersicht über die Störungen des Geruchs.

Die Anomalien des Geruchs und Geschmacks bestehen nach Klippel (134) in Anästhesie oder ein- oder beiderseitiger Perversität des Geruchs und Geschmacks. Sie sind oft begleitet von Schluckbeschwerden mit Parese des Gaumensegels (Läsion des Facialis oder Hypoglossus), Speichelfluss, sensiblen Störungen im Gebiete des Trigeminus, Papillenlähmung.

Scheier (440) arbeitete über die Verwerthung der Röntgenstrahlen in der Rhinologie.

Yaston (8) theilt mit, dass das Secret der Coryza posterior den im Bette liegenden Kindern in Rachen und Kehlkopf läuft und reflectorisch Glottiskrampf auslöst.

Lacoarret und Crouzillac (306) beschreiben den Bau der Schleimhaut der unteren Muschel; dieselbe unterscheidet sich von der der anderen Muscheln, ähnelt der des Digestionstractus, hat traubenförmige Drüsen und geschlossene Follikel.

Polyak (445) untersuchte histologisch die Hypertrophien der unteren Muschelenden; dieselben sind das Resultat eines hypertrophischen Processes und keine Neubildungen. P. bespricht besonders die hyaline und colloide Degeneration der Zellen. Die homogenen Kugeln im Bindegewebe und in der Epithelschicht entstehen aus Zellen auf dem Wege der Degeneration; sie bestehen aus colloider Substanz, die sich tinctoriell wie Schilddrüsencolloid verhält. Uebergangsformen zu den homogenen Zellen sah Verf. nur bei den Rundzellen der Infiltration.

Sicard (136) stellt 29 Fälle von Enchondromen der Nasenhöhle zusammen. Dieselben gehen von allen Theilen der Nase aus, besonders vom Septum. Diagnose schwierig. Radicales und frühzeitiges Eingreifen nöthig. Von den 29 Fällen verliefen 9 letal, 5 recidivirten.

Adenome der Nase kommen nach Saitta (136) rein selten, gemischt häufiger vor. Sie sind selbstständig, keine secundären hypertrophischen Bildungen; zeigen kein klares klinisches Bild zur Unterscheidung von anderen Geschwülsten. Sie breiten sich leicht aus und gehen leicht in krebsartige Geschwülste über; deshalb ist bei jeder Nasengeschwulst gründlicher chirurgischer Eingriff nöthig.

Hellmann (137) demonstrirte auf der 4. Versammlung süddeutscher Laryngologen mehrere bösartige Nasengeschwülste.

Ueber syphilitische Granulationsgeschwülste der Nasenschleimhaut sowie über die Entstehung der Riesenzellen in denselben berichtet Manasse (488) in einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung an der Hand von 5 Fällen.

Ueber die pathogenen Mikroorganismen der normalen Nasenhöhlen und über die abschwächende Kraft der Nasenschleimhaut theilt Malato (397) mit, dass die schädlichen Mikroorganismen mehr in den Vordertheilen der Nasenhöhle vorkommen.

Auché und Brindel (244) fanden bei ihren bakteriologischen Untersuchungen über Ozaena in 20 Fällen 20mal den Loewenberg'schen Kapsel-Diplobacillus, 18mal den Pseudo-Diplobacillus von Belfanti und Della Vedova, 3mal den kleinen Bacillus von Pes und Gradenigo, 12mal Staphylococcen und 4mal Streptococcen. Electrolyse veränderte den Mikrobenbestand nicht.

Belfanti und Della Vedova (247) behaupten, dass nicht der Bacillus mucosus Ozaenae, sondern ein abgeschwächter diphtherischer Bacillus die Ursache der Ozaena sei.

De Simoni (401) fand bei Ozaena constant: den Bacillus mucosus (Löwenberg-Abel), den Bacillus pseudodiphthericus, den Diplococcus lanceolatus Fränkel, den pyogenen Staphylococcus albus, nicht constant: den Pneumobacillus Friedländer, den Bacillus typhi similis.

Malosse (203) fand bei der Untersuchung eines Nasensteins, dass derselbe zu $^3/_4$ aus organischer Substanz, zu $^1/_4$ aus mineralischen, an Eisen reichen Bestandtheilen sich zusammensetzte. Die Hülle war zur Hälfte phosphorsaurer Kalk, $^1/_5$ phosphorsaure Magnesia.

Nash (486) beschreibt einen Fall von angeborenem Fehlen des rechten Auges und Vorhandensein einer Nasenspalte. Anton (307) giebt die Krankengeschichte eines Falles mit angeborener Atresie des äusseren Gehörgangs mit missbildeter Muschel und totaler Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Kredel (486) giebt an der Hand von 2 Fällen von angeborenen Nasenspalten eine eingehende Schilderung des Operationsverfahrens zur Beseitigung derselben. Gradenigo (491) theilt einen Fall von angeborenem, vollständigem Verschluss der rechten Choane mit.

Ueber pathologische Beziehungen zwischen Nase und Augen berichtet Castex (72); er beschreibt einen Fall von doppelseitiger Hemianopsie in Folge von Ozaena; derselbe (358) schildert die Verbindungswege, auf denen Krankheiten von der Nase auf das Auge übertragen werden: es sind dies besonders die Thränenwege, dann auch die Gefässe und Nerven. Couetoux (358) macht darauf aufmerksam, dass die Verstopfung der Thränenwege oft nasalen Ursprungs ist. Packard (448) publicirt einen Fall von Amaurosis nach intranasaler Operation und giebt eine Zusammenstellung der von Bresgen, Cheatham, Lermoyez, Semon, Ziem beschriebenen Fälle von Gesichtsstörungen nach intranasalen Eingriffen. Viollet (72) berichtet über Strabismus nach Cauterisation der Nasenschleimhaut. — Edwards (442) theilt einige Krankengeschichten mit über Complicationen von Seiten der Ohren bei chronisch catarrhalischer Entzündung der Nase und des Halses. Simpson (72) empfiehlt Störungen der Nase bei vorliegenden Ohrenleiden zu beseitigen. — Den Zusammenhang zwischen Magen- und Nasenleiden legt Treitel (72) dar. Berens (71) beschreibt einen Fall von Epilepsie, der durch endonasale Behandlung gebessert wurde, Luzzati (71) einen Fall von leichter psychischer Reizung nach Operation in der Nase. Snow (302) macht darauf aufmerksam, dass Patienten mit hartnäckigem, oft recidivirendem Kopfschmerz sehr häufig keine genügende Nassenpassage haben. S. stellt dieselbe her und sprayt dann die Nase ein mit Jodol und Aether 0,18 : 30 nach vorheriger Cocainisirung (2 pCt. Spray). Moizard (321) empfiehlt bei Keuchhusten nasale Einblasungen von Benzoin (pulv.) 10 Theile, Bismuth. salicyl. 10 Theile, Chinin.

sulfur. 2 Theile. — Dremmen (251) beschreibt einen Fall von Pemphigus der Schleimhäute, insonders der der Nase, des Rachens, des Kehlkopfs. Crouzillac (327) beschreibt einen Fall von reflectorischer Aphonie bei einer 28jähr. Frau, die nach Aetzung der polypoid degenerirten rechten unteren Nasenmuschel schwand.

Joal (251) veröffentlicht drei Fälle, in denen Nasenbluten durch Gerüche ausgelöst wurde. Erwin (251) beobachtete, dass bei Typhus Perforation des Septum nahe seinem Gesichtsende zu Stande kommt. Trask (251) und Mackenzie (252) geben eine Uebersicht über das Nasenbluten und seine Behandlung. Rendu (252) empfiehlt gegen recidivirendes Nasenbluten Antipyrin 0,45, Tannin 0,9, Sacch. alb. 11,25. Desgleichen verordnet Redaction. Notiz (252) bei hartnäckigem Nasenbluten: Sublimat. corrosiv. 0,06, Acid. hydrochl. dilut., Tinct. Cannab. Indicae ana 7,5, Ergotin 1,8, Syr. spl. 30,0, Inf. Quassiae 240,0, 3mal täglich 1 Theelöffel voll in 1 Glas Wasser. Hutchinson (252) lässt bei Nasenbluten Füsse und Hände in heisses Wasser tauchen. Rougier (252) empfiehlt zur intranasalen Application bei Nasenbluten Ac. benzoic., Ac. tannic., Ac. carbol. ana 1, Collodium 20. Mackenzie (252) wendet bei Nasenbluten local die Nasendouche von heissem Wasser von 50—60° an, tamponirt die vordere Nase mit Terpentintampons oder Cocainwatte; keines dieser Mittel kommt der Aetzung mit dem Galvanokauter, mit Chromsäure oder Höllenstein in Substanz gleich. Gosewer (253) bespricht die bekannte Thatsache, dass Rheumatismus und Morbus Brightii oft Ursache der Nasenblutung ist, und dass Behandlung dieser Krankheiten gleichzeitig das Nasenbluten vermindert. Thorner (253) beschreibt einen Fall von Nasenbluten, bei dem die Carotis communis unterbunden werden musste: erst dann stand die Blutung, die trotz Tamponade 18 Tage dauerte. Thomas (253) behandelte eine schwere Nasenblutung mit Wasserstoffsuperoxyd. Le Clerc (253) beschreibt einen Fall von profusem Nasenbluten, welches einige Wochen nach Hautdiphtherie auftrat; desgleichen einen Fall von chronischem Nasenbluten bei einer älteren Patientin, die an compensirter Mitralinsufficienz litt. Fruitnight (443) theilt mit, dass häufiges Nasenbluten bei Kindern oft bedeutungsvoll für organische Herzerkrankung ist; Mullen (443) hält das Nasenbluten bei Kindern für ein diagnostisches Zeichen innerer Nasenkrankheiten. Kraus (17) glaubt, dass der Reiz vorn am Septum festhaftender Borken leicht Blutung erzeugt, ferner, dass rein traumatische Epistaxis ohne Schleimhautveränderung selten ist. Hagedorn (17) empfiehlt dem praktischen Arzte, da die Quelle der Blutung in 90 pCt. der Fälle das knorplige Septum ist, einfache Compression, später nach Stillung der Blutung Aetzung der Erosionen und Varicen. Forselles (17) tamponirt bei schweren Blutungen mit einem mit Jodoformwatte gefüllten Sack aus Jodoformgaze und befestigt die Fäden durch eine perforirte Gummiplatte an einem Holzstäbchen. Hutschneker (17) beschreibt einen Fall von Haemophilia congenita; die Blutung stand nach Tamponade mit in Ferripyrin getauchten Wattebäuschchen. Hastings (444) berichtet über zwei Fälle, in denen nach Chiningebrauch Nasenbluten auftrat. Seymour Oppenheimer (444) beschreibt Nase und Rachen in einem Falle von Haemophilie. Hochsinger (18) weist auf die Arbeit Swoboda's hin, der 4 Fälle von Melaena neonatorum beschreibt, die nur durch Ulcerationen der Nasenschleimhaut bedingt waren. — Stephan (307) beschreibt

seine Methode der Tamponade der hinteren Nase. Smithwick (444) führt zum Tamponiren einen weichen Katheter in die Nase, durch welchen ein Faden gezogen ist; daran wird ein Tampon befestigt, der an seinen Platz gebracht wird.

Bulette (445) theilt zwei Fälle von Asthma infolge intranasaler Verstopfung mit. Karminsky (445) räth, bei nervösem Asthma chronische Erkrankungen der Nasenhöhlen, einfache Hypertrophie der Nasenmuscheln, Nasenpolypen zu entfernen. Foster (444) giebt bei Anfällen von Asthma und paroxysmalem Niesen fast ausschliesslich Blennostasine in Pillen von 0,18 bis 0,3 g mit gutem Erfolge. Rhéti (71) theilt mit, dass Bronchitiden mit und ohne Asthma von der Nase aus günstig beeinflusst werden.

Stachiewicz (70) theilt 6 Fälle nasaler Reflexneurose mit, Hennebert (304) berichtet über 2 Fälle von Reflexhusten, die durch starke Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln hervorgerufen wurden; Eggers (444) giebt 3 Krankengeschichten, in denen die Reflexstörungen durch Spinen oder hypertrophische Muscheln verursacht waren. Clark (444) macht eine Mittheilung über nasale Reflexe. Palmer (445) beschreibt einige Reflexstörungen bei Schwellung der mittleren Nasenmuscheln.

Ueber das Heufieber theilt Görner (70) Erfahrungen im Anschluss an Fälle mit, die von 57 Aerzten gesammelt wurden. Strangeways (71) wiederholt seine früher gemachten Mittheilungen über Ursache und Behandlung des Heufiebers (cf. Centralblatt Sept. 1896, p. 425). In einem Beitrage zur Symptomatologie des Heufiebers bespricht Capp (302) das Verhalten des Nervensystems. Nach Grayson (303) wirken bei der Entstehung des Heufiebers 3 Factoren zusammen: ein äusserer Reiz, eine intranasale Abnormität und der fehlerhafte Ernährungszustand. G. richtet das Hauptaugenmerk auf die Allgemeinbehandlung, die in Regelung der Diät, der Arbeit und Erholung, Bädern, Vermeidung von Excessen besteht. Holmes (303) fasst das Heufieber als einen Nasencatarrh mit Hyperästhesie, als vasomotorische Erkrankung, als organische Affection der Nervenendigungen der Nasenschleimhaut oder als Aeusserung der harnsauren Diathese auf. In all' diesen Theorien wird der Wirkung des Pollenstaubes ein Feld eingeräumt. Nach Müller (303) beginnen die Anfälle von Heufieber mit starkem Kitzelgefühl in der Nase und reichlicher seröser Absonderung. Die Nasenschleimhaut ist geröthet, oft gewulstet. Durch Sondenberührung werden oft Anfälle ausgelöst. In einer Abhandlung über Beziehungen und Behandlung des Heufiebers und der Coryza spricht Bishop (444) die Ansicht aus, dass bei beiden Krankheiten die Harnsäure im Blute vermehrt ist.

Die nasale Hydrorrhoe ist nach Jankelevitch (304) nicht identisch mit Heufieber, sie ist vielmehr ein Symptom verschiedener Nasen- und Nasennebenhöhlenerkrankungen. Es besteht reichlicher wässeriger Ausfluss, zuweilen Niesanfälle. Die Schleimhaut ist blassroth, gefaltet, contrahirt sich nicht auf Cocain, neigt zu Atrophie.

Zum Zwecke der Reinhaltung der Nase empfiehlt Farber (7) die Nase jeden Morgen mit einer warmen alkalischen Flüssigkeit auszuwaschen. Bergengrün (7) bespricht die Indicationen, Gefahren, Arten der Ausführung der Nasenspülung. Lichtwitz (307 u. 448) warnt vor der kritiklosen Anwendung der Nasendouche

bei allen Nasenkrankheiten. Sie darf nur angewendet werden, wenn wie z. B. bei Ozaena die Nase von schleimigen Secreten und Krusten zu reinigen ist. Die nach der Douche auftretenden Störungen sind Kopfschmerz, Geruchsstörungen, eitrige Mittelohrentzündung und Verletzungen des Epithels. Saenger (488) schildert einen Fall, in dem Trockenheit der Nase durch Spülungen mit verdünnter Jodglycerinlösung geheilt wurde.

North, desgleichen redactionelle Notiz (7) geben eine Mittheilung über acuten Nasencatarrh. Thomalla (8) empfiehlt gegen Coryza und Jodschnupfen Zäpfchen aus Cacaobutter mit Alumnol, Valerianaöl und Menthol. Theisen (8) giebt als Schnupfpulver gegen Coryza Natr. bicarb., Natr. biborac. ana 0,5, Amyl. 0,3, Acacia 3,75, Nosophen ad 30, 3mal täglich nach Reinigung der Nase mit alkalischem Spray. Woodruf(8) wendet bei Nasencatarrh Phenacetin als Schnupfpulver oder Spray an. Courtade (8) hält Nasendouchen von 50°, die leicht alkalisch sind, für die beste Abortivbehandlung der Coryza. Lermoyez (9) giebt als Abortivum gegen Coryza Ac. phenic. pur., Spirit. Ammoniae ana 5,0, Alkohol (90proc.) 10,0, Aq. dest. 15,0: stündlich 10 Tropfen auf Löschpapier zu inhaliren. Whitney (9) verschreibt als Abortivum gegen Coryza Pulv. Doweri, Phenacetin ana 0,3. Redactionelle Notiz (9) verordnet gegen Schnupfen Uran. acet. 0,05—0,09, gerösteten gepulverten Kaffee 10,0 als Schnupfpulver, desgleichen 3 bis 5proc. Tannigenlösung oder Pulver.

Den eitrigen Nasencatarrh in der Pubertät führt Mulhall (9) zurück auf excessive geistige Thätigkeit bei geringer körperlicher Arbeit. Nach Labit (15) wird die acute pseudomembranöse Coryza bald durch den Löffler'schen Bacillus, bald durch Streptococcen oder Staphylococcen verursacht. Prognostisch ist die Erkrankung gutartig, die Symptome sind wie bei Coryza acuta simplex. Dauer der Affection 2—4 Wochen; Behandlung aseptische Spülungen und Einpulverungen von 1 oder 2 pCt. Arg. nitr. Fermi und Bretschneider (243) kommen betreffend die Natur und Ursache des einfachen Nasencatarrhs zu folgenden Schlüssen: Er ist nicht parasitär, wird erzeugt durch physikalische, mechanische oder chemische Reize von aussen (Trauma, Feuchtigkeit) oder innen (Jodschnupfen, Ausschläge, Infectionskrankheiten); der gewöhnliche Erkältungsschnupfen beruht auf trophischen Gefässerweiterungen der Schleimhaut, wird erzeugt durch Temperaturwechsel und Feuchtigkeit in der Atmosphäre. — Bei kleinen Kindern empfiehlt Mink (244) zur localen Behandlung der Coryza die trockene Luftdouche nach Lucae, darauf 2—3mal täglich Einträufelung von Natr. biborac. 20,0, Glycerin. 70,0 (Gefahr der Otitis ac.! Ref.). Red. Notiz (244) giebt bei Coryza Pulv. ac. boric. 3,0, Menthol 0,3: 5—6 mal stündlich eine Prise. Underwood und Schultze (400) machen Mittheilungen über Behandlung des Nasencatarrhs. Smester (442) erreicht schnelle Heilung des acuten Schnupfens durch grosse Ausspülungen der Nase mit Sublimat $^1/_{5000}$, Carbol $^1/_{2000}$, Liq. ferri $^1/_{1000}$. Wells (308) giebt bei postnasalem Catarrh Tannigen.

Bei Rhinitis nervosa räth Seifert (10) da die Anfälle nicht typisch sind, der Aetiologie nachzugehen, welche oft allgemeine Nervosität, hypochondrische Stimmung zeigt. Die Nasenschleimhaut ist in der anfallsfreien Zeit stark gelockert, im Anfalle ist die untere Muschel einseitig oder beiderseitig angeschwollen,

die Nasengänge sind bedeckt mit einem serösen Secret, die Schleimhäute sind blass; Cocain wirkt unvollständig, führt deshalb leicht zu Cocainismus, weshalb das Mittel zu verwerfen ist. — Avellis (10) bespricht die Schwierigkeit, zu entscheiden, ob der nervöse Schnupfen vom Trigeminus, Sympathicus, Vasodilatatoren oder -constrictoren erzeugt wird.

Ueber einfache chronische Rhinitis macht Rice (401) Mittheilung. Wróblewski (14) beschreibt 3 Fälle von Rhinitis caseosa.

Scherliess (15) macht darauf aufmerksam, dass die Differentialdiagnose zwischen croupösen und diphtherischen Entzündungen der Nasenschleimhaut nur durch bacteriologische Untersuchung zu stellen ist. Die Rhinitis fibrinosa diphtherica ist eine Varietät der Nasendiphtherie.

Grove (400) giebt eine kurze Mittheilung über hypertrophische Rhinitis, Graham (400) über hypertrophische Rhinitis mit Myxom.

Mohr (16) beschreibt 1 Fall, Campbell (401) 4 Fälle von Rhinitis crouposa und stellt weitere 120 Fälle aus der Literatur zusammen: unter 80 davon untersuchten Fällen fand sich in 65 der Klebs-Löffler'sche Bacillus.

Adams (401) hält zur Beseitigung der Rhinitis atrophicans die Reinigung und Application eines 1—2 proc. öligen Sprays oder einer Salbe für die beste Therapie. Ewing (401) behandelte 1 Fall von atrophischer Rhinitis mit Trikresoliodin. Johnson (401) bemerkt Einiges über Rhinitis atrophicans. Molinie (402) heilte 3 Fälle von Ozaena durch subcutane Injection von Roux'schem Serum. Le Roy de Quenet (443) giebt eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Behandlung der Ozaena. Garnault (443) berichtet über rheumatische Erkrankung nach Injection von Diphtherieserum in 1 Falle von Ozaena. Rode (11) hält an dem Begriff der genuinen Ozaena fest, da ihre Aetiologie noch nicht feststeht; der Ozaenabacillus ist nach ihm vielleicht für den Foetor und als accidentelles Moment wichtig. North (11) huldigt der alten Anschauung, dass die Rhinitis atrophicans das Resultat zweier vorhergehender Affectionen und keine selbstständige Krankheit ist. Nach Redactioneller Notiz (11) ist die atrophische Rhinitis eine genuine und selbstständige Krankheit und zwar ein Folgezustand der hypertrophischen Rhinitis; ist eine Erkrankung des weiblichen Geschlechts; ist bedingt durch Degeneration der trophischen Fasern oder Wurzeln, welche die Nasenschleimhaut versorgen; ist als degenerativer Process nie ganz heilbar. Lautmann (12) bespricht die anatomische Grundlage und den klinischen Symptomencomplex der Ozaena, erörtert die entzündliche, parasitäre und nervöse Theorie der Affection. Hagedorn (12) empfiehlt bei Ozaena Gottstein'sche Wattetamponade, Bruck (13) periodische Einführungen von Wattetampons, Cullon (13) 4mal täglich einen Spray von 20pCt. Glycerinthymolen, Shastid (13) Eukain, Hugues (13) die interstitielle Electrolyse, Rhéti (13), desgleichen Hendelsohn (13) die Electrolyse, Thomas (13) die interstitielle Kupfer-Electrolyse. Moure (12) unterscheidet die adenoide, sinoidale, necrotisirende, eitrige und atrophische Form der Ozaena und bespricht die Behandlung von Fall zu Fall. Compaired (14) hat 9 Fälle von Ozaena mit Roux's Serum behandelt. Molinie (14) behandelte 6 Kranke mit Roux's Serum, gab alle 3 Tage 10ccm, im ganzen 12—15 Injectionen. Miller (78) beschreibt einen Fall, in dem nach

Ozaena Siebbein- und Keilbeinhöhlenentzündung, Erblindung, Gehirnaffection, Tod eintrat. Moll (245) steht auf dem Grünwald'schen Standpunkte betreffend Wesen und Entstehung der Ozaena. Scheicher (245) erzielte durch Occlusivverband die besten Heilerfolge bei Ozaena. Dagail (242) weist in einer Arbeit über die Behandlung der Ozaena durch Electrolyse mit Metallelectroden auf die bactericide Eigenschaft der Oxychlorverbindung des Kupfers hin. Cheval (246) betont, dass die Nasendouche bei Ozaena trotz Beimengung von Medicamenten nur palliativ wirke, die cuprische Electrolyse aber überraschende Heilresultate ergebe. Desgleichen theilen Magnan (246), Brindel (246), Gosewer (247) ihre Erfahrungen mit bezüglich der Ozaenabehandlung mit Electrolyse. Moure (247) hält im Gegensatz zu Cheval, Bayer, Rethi den Erfolg der Electrolyse für einen vorübergehenden. Mackenzie (247) entfernt die erkrankte Schleimhaut bei Ozaena mit der Curette und applicirt dann Ichthyol mit Olivenöl. Lambard (248) fand nach Serumbehandlung bei Ozaena Schwinden des Fötors, Abnahme der Krustenbildung, jedoch keine Heilung. Nach 3monatlicher Behandlung fand er sowohl Belfanti's wie Loewenberg's Bacillus. Ahlow (248) heilte einen Fall von Ozaena mit einer einmaligen Einspritzung von Antidiphtherieserum. Nach Harris (245) giebt es keine einzelne nur constante Ursache der Ozaena ; eine genuine Atrophie kommt nach den Feststellungen von Abel-Paulsen, Loewenberg wahrscheinlich vor; Herderkrankungen, besonders der Nebenhöhlen sind eine wichtige Ursache der Ozaena: deshalb ist bei allen Ozaenafällen die Nebenhöhlenuntersuchung von Wichtigkeit.

Herzfeld (202) berichtet über einen Fall, in dem sich um ein Eisenstück ein Rhinolith und durch Einfluss von Eiter und Fäulnissproducten Schwefeleisen gebildet hatte. Rothenaicher berichtet über einen einen Kirschkern enthaltenden Rhinolithen. Peläcz (492) beschreibt einen Rhinolithen, der im Recessus naso-ethmoidalis und Sin. sphenoidalis verborgen war. Bark (492) beobachtete einen 2 g schweren Nasenstein, dessen Kern eine Bleistiftspitze war. Des ferneren berichten Rothenaicher, Malosse, Fethke, Schmalöwski (203) über Nasensteine.

Zur Entfernung von Fremdkörpern führt Bougnies (202) eine Fadenschlinge hinter dieselben, zieht die Schlinge zu und den Fremdkörper heraus. Sikkel (202) betont, dass bei einseitiger Naseneiterung stets der Verdacht auf einen Fremdkörper vorliegt. Breitung (203) entfernte ein Stück Fleisch aus der Nase eines 5jährigen Patienten, das dort mehrere Monate gelegen und eine eitrige Pyrrhoe erzeugt hatte. Canuthers (492) entfernte aus der Nase einer 30jährigen Frau einen kirschkerngrossen Fremdkörper, der in der Nase seit 23 Jahren gelegen hatte. Folkes (202) entfernte in einem Falle Würmer aus der Nase mittelst Zange und Chloroformspray.

Ueber Acne simplex und Acne rosacea macht Jessner (398) therapeutische Bemerkungen von mehr dermatologischem Interesse.

Yuge (489) legt bei Ansaugen der Nasenflügel 10—14 mm starke Kautschukringe in die Nase.

Sommers (400) verordnet gegen Sykosis des Naseneingangs local alcalische Auswaschungen, Salbe von 0,12 gelbem Quecksilberoxydat auf 30,0 Lanolin, inner-

lich Strychnin 0,001 und kräftige Diät. Macnaughton Jones (400) beschreibt 1 Fall von Geschwürsbildung an der Innenfläche des Nasenflügels, welche zur Zeit der Menses exacerbirte.

Griffin (402) fand unter 250 Fällen catarrhalischer Erkrankung der oberen Luftwege 192mal Verbiegungen des Septums: nur 13 Patienten klagten über Verstopfung der Nase, 27 über Symptome, die auf die Nase hinwiesen. G. empfiehlt zur Operation Messer und Säge. Brunson (201) operirt Verbiegungen der knorpligen Nasenscheidewand durch 2 Längsschnitte parallel dem Nasenboden und einen dazwischen verlaufenden verticalen. Hoyle Butts (202) macht die von Asch angegebene Operation zur Geraderichtung der durch Verbiegung des knorpligen Nasenseptums verursachten äusseren und inneren Deformitäten der Nase. Botey (201) beschreibt ein neues Operationsverfahren zur Beseitigung verticaler Deviationen der knorpligen Nasenscheidewand. Annandale (399) giebt praktische Winke betreffend Behandlung einiger speciell beschriebener Nasendeformitäten. Hopkins (445) veröffentlichte 6 nach Asch operirte Fälle von Deformitäten der Nasenscheidewand. Evans (536) operirt die Verbiegungen der Nasenscheidewand nach Asch. M. Schmidt (537) macht eine Mittheilung über Nachbehandlung (Tamponade, Einlegung von Plattenbougies) nach Operation der verbogenen Nasenscheidewand. Mayer (536) berichtet über 200 Fälle von Asch'scher Operation bei Verbiegungen der knorpligen Nasenscheidewand; er betont, dass dieselbe Methode schon vor Jahren von Steele beschrieben wurde. Hecht (449) berichtet über die Erfolge der Electrolyse bei Behandlung der Deviationen, Spinen, Synechien, Faltenbildungen u. s. w. Hawes (399) beschreibt eine neue Schiene für Nasenfracturen. Dieselbe besteht aus einem U-förmig gebogenen starken Draht, der mit Heftpflasterstreifen fixirt wird. Taylor (402) behandelt die submucösen Infiltrationen der Seiten des Septums bis zu seinem hinteren Rande mit einer Simpson'schen Uteruscurette. Wróblewski (202) operirt Leisten und Verkrümmungen der Nasenscheidewand mit dem Electromotor.

Eine idiopathische Perichondritis der Nasenscheidewand (spontanes Haematom) giebt es nach Danziger (200) nicht. Nach Kicer (200) tritt die primäre Perichondritis, die selten ist, bei gesunden Individuen ein, bei denen ein ätiologisches Moment wie z. B. Lues oder Trauma fehlt. Pollak (200) beschreibt einen Fall von Perichondritis septi narium serosa, Theissing (201) die Perichondritis und seröse Cysten der Nasenscheidewand. Kicer (199) berichtet über 13 Fälle von Hämatom der Nase. Bei Ulcerationen der Nasenscheidewand giebt Douglas (532) Fluid Extract calendula 7,5, Lanolin, Albolin $\widehat{aa}$ 30,0.

Milligan (536) giebt die Krankengeschichte eines Falles von doppelseitigem Abscess der Nasenscheidewand. Leckett (402) beschreibt 1 Abscess der Nasenscheidewand, der durch einen Faustschlag entstand. Colonna-Wolewski, Casselberry, Vaptzaroff (199) theilen Fälle von Abscessen der Nasenscheidewand mit.

Zur Vibrationsmassage der Nase verwendet Jankau (248) kleine Gummiballons, die in die Nase eingeführt werden; daran befindet sich ein 10—15 cm langer Schlauch mit einer Erweiterung wie beim Ohrencatheter.

Stucky (447) beschreibt 120 Fälle von Turbinectomie oder Resection der mittleren Muschel.

Hamilton (446) operirte einen Fall von recidivirender zweigartiger Hyperplasie der unteren Muschel. Die Recidive traten in 14 Tagen bis $2^1/_2$ Monaten auf.

Ewing (306) verwirft bei Operationen an den hinteren Muschelenden das Ringmesser.

Lichtenberg (135) beobachtete nach Entfernung eines Nasenpolypen eine acute Mittelohrentzündung, der ein Abscess der mittleren Schädelgrube folgte; Schädeltrepanation, Heilung. Baumgarten (135) beobachtete nach Operation eines choanalen Polypen in Folge des Druckes der Geschwulst auf den weichen Gaumens Inactivitätsatrophie desselben. Stockweil (446) giebt einen Ueberblick über Pathologie, Symptome und Therapie der Nasenpolypen. Wright berichtet (446) über papilläre ödematöse Nasenpolypen und ihre Beziehungen zu Adenomen und Adeno-Carcinomen. Der blutende Septumpolyp ist nach Wolliczek (201) ein gutartiger Tumor aus der Gruppe der blutreichen Bindegewebsgeschwülste. Barett (447) verurtheilt die Methode Jacobsen's, bei Nasenpolypenoperationen den Patienten zu narkotisiren und mit der Zange „alles herauszureissen, bis nichts mehr herauszureissen ist, sogar die mittlere und untere Muschel". (! Ref.) Chamberlain (447) veröffentlichte 1 Fall von Nasencystom, das von der hinteren Fläche der mittleren Muschel ausging. Lublinski (135) operirte bei einer 32jährigen Dame eine Nasenschleimhautcyste.

Die Folgen der nasalen Verstopfung besprechen eingehend Lermoyez und Bouley (490). Die nasale Verstopfung bei Kindern wird nach Coulter (492) nicht nur durch adenoide Vegetationen, sondern auch durch Verengerung der vorderen Nase bedingt; er betont die Nothwendigkeit der chirurgischen Beseitigung dieser Störungen. Lund (304) spricht über Ursachen und Folgen der nasalen Stenose an der Hand von 3 Krankengeschichten. Winkler (306) räth, dort wo bei engen Nasen ein Ueberblick über Cristen und Exostosen erschwert ist, in Chloroformnarkose die Nase zu spalten und dann radical zu operiren. Rugh operirte (306) angeborenen hinteren membranösen Verschluss der Nase mit dem galvanokaustischen Messer. Lockhart Gibson (304) macht einige allgemeine Bemerkungen über Nasenverstopfung. Boenninghaus (305) theilt 1 Fall von Choanenverlagerung durch Schwellung der Tubenwülste mit, Schwendt 1 Fall von angeborenem doppelseitigem knöchernem Verschluss der Choanen, der durch Galvanokaustik geheilt wurde, schliesslich Lacoarret (491) 1 Fall von angeborenem, membranösem Verschluss der hinteren Partie der Nase. Lockwood (304) berichtet eingehend über Nasenverstopfung bei Herzkranken. Root (305) fand bei der Section eines Neugeborenen, dass die Nasenpassage durch Vergrösserung der unteren und mittleren Muscheln gänzlich aufgehoben war. Leland (491) räth, bei Ohrenleiden nasale Verstopfung und adenoide Vegetationen zu beseitigen, damit die Tuba Eustachii wieder normal functionirt.

D'Aquano (447) beschreibt ein Papillom an der Innenseite des Nasenflügels, J. Schmidt (447) ein Fibroma cavernosum der mittleren Muschel, das nach Spaltung der Nasenhöhle abgetragen wurde. Mc Kay (136) veröffentlicht 2 Fälle von Fibrom der Nase, Briau (136) 1 Fall von Chondrom der fibrösen

Nasenknorpel, Zarniko (137) 1 Fall von Carcinom der Nasenhöhle. Tissier (537) giebt eine Uebersicht über Symptome und Behandlung der benignen und malignen Nasentumoren. Hopkins (446) beschreibt ein Adeno-Carcinom der Nase.

Jacobi (16) fand einen luetischen Primäraffect an der rechten mittleren Muschel. Sendziak behandelte einen Fall von Lues hereditaria tarda; es bestand Caries septi et palati duri, Ozaena; Heilung nach specifischer Cur. Dunbar Roy (248) stellt die Erscheinungen der primären, secundären, tertiären Syphilis der Nase zusammen. Ripault (249) berichtet über einen Fall von secundärer, Dionisio (49) über 3 Fälle von tertiärer Syphilis der Nasenhöhle. Taptas (249) schreibt über einen Fall, in dem das knorplige Septum, Bayet (249) über einen Fall, bei dem durch tertiäre syphilitische Ulcerationen Septum, Vomer und die seitlichen Nasenknorpel zerstört wurden. Ein Fall von vollständigem Verschluss der Nase durch tertiäre Syphilis wird durch Lenhardt (249) beschrieben; über Syphilis der Nase macht Vaughan (249) eine kurze Mittheilung. Lieven (535) stellte 2 Fälle von syphilitischer Perichondritis des Nasenflügelknorpels vor. Kenefick (535) berichtet im Anschluss an eine Mittheilung, betreffend die Erscheinungen der Syphilis in den oberen Luftwegen, über einen Fall von Schanker der Nasenscheidewand.

Sachs (16 u. 443) publicirt 3 Fälle von tuberculösen Nasentumoren, Zarniko (16) 2 Fälle chronischer Nasentuberculose, von denen der eine Tumorbildung, der andere Ulcerationen zeigte; die Diagnose wurde histologisch festgestellt. Ueber primäre Tuberculose der Nase berichtet Thomson (250). Mayro (488) beschreibt einen Fall von tuberculöser Wucherung in der Nase.

Méneau und Frèche (250, 443) weisen nach, dass der Gesichtslupus auf dem Wege durch den Thränencanal und das Nasenloch aus dem Nasenlupus entsteht. Pluder (250) stellt einen Fall von Schleimhautlupus der Nase vor.

Nach Jeanselme und Laurens (250) ist das Nasenbluten ein charakteristisches Zeichen der Lepra nasalis. Im Anfange besteht bloss das Bild einer chronischen Coryza; später kommen Deformitäten und Septumperforationen zu Stande. Der Geruch ist erhalten, die Sensibilität wie auf der Haut gestört. Im Secret befinden sich Hansen'sche Bacillen; dasselbe ist also infectiös. Petersen (250) giebt an, dass die erste Eingangspforte für die Lepra in der Nasenschleimhaut zu suchen ist.

Andrews und Berry (251) beschreiben Nase und Lunge in einem Falle von Rotz.

von Hacker (199) macht eine Mittheilung über partielle und totale Rhinoplastik, Ellet (199) wandte die von Keen beschriebene Methode bei Operation zur Verbesserung der Hakennase an. Palasow (199) beschreibt einen Fall von Rhinoplastik. Goris (398) theilt einen Fall von partiellem, einen von totalem Ersatz der Nase mit. Royers (398) operirte einen Fall von Sattelnase nach Robert, und eine Nase mit extrem römischem Typus nach John. O. Roe (398) operirt die eingesunkenen und sattelförmigen Nasen durch eine subcutan ausgeführte Operation ohne Hülfe von metallischen oder anderen künstlichen Stützen. Ellet (399) giebt eine Methode zur Correction der Sattelnase an. Oettinger

(486) beschreibt einen Fall von hereditär-syphilitischer Sattelnase bei einem achtwöchentlichen Kinde. Mailland (487) beschreibt eine plastische Operation zur Herstellung der Nase, die durch Ulcus rodens zerstört war. Heidé (486) deckte einen Substanzverlust im Gesicht nach Lues durch eine Prothese. Loew (487) berichtet über eine Operationsmethode Bardenheuer's bei verloren gegangener knorpliger Nase; die Methode ist eingehend in der Münchener med. Wochenschrift, 1898, No. 28 beschrieben.

Sänger (442 und 487) berichtet über Beziehungen zwischen abnormer Weite der Nasenhöhlen und Erkrankungen der übrigen Luftwege.

Hauptsächlich für praktische Aerzte setzt Bayer (302) die Pathogenie der Nasenaffectionen und solcher nasalen Ursprungs auseinander.

Kamm (487) giebt einen Abriss über den gegenwärtigen Stand der Therapie der wichtigsten Nasenkrankheiten. Ueber Erfahrungen im Gebiete der Nasenkrankheiten berichtet Stetter (201).

Jacquet (248) verfertigt aus der Schleimhaut der Nasenmuscheln vom Hammel ein Nasenschleimhautextract; Rivière will mit demselben bei Nasenerkrankungen aller Art ausgezeichnete Erfolge gehabt haben (? Ref.). Die Herstellung dieses Extractes geschieht nach Rivière (449) so, dass die Schleimhaut der unteren und mittleren Musschel von Schafen in 4 pCt. wässriger Resorcinlösung bei 65^0 macerirt, filtrirt, und nochmal 24 Stunden auf 65^0 erwärmt wird.

Von Instrumenten beschreibt Armstrong (308) ein dreiblättriges Nasenspeculum, welches selbsthaltend ist und mehr Licht auf das Operationsfeld fallen lässt. Wandless (308) giebt ein Raspatorium und Sägen für Excrescenzen der Nasenscheidewand an. Mink (448) beschreibt eine Choanenzange. Pynchon (448) fordert, dass Nasenbougies und Drainageröhren, um den anatomischen Forderungen zu entsprechen, paarig, d. h. für die rechte oder linke Seite sein müssen. Die dem Septum anliegende Seite muss plan oder leicht convex, die der Muschel anliegende concav sein. Jankau (448 und 490) beschreibt einen neuen Nasenöffner aus durchbohrtem Hartgummi, der besser als der Feldbausch'sche sein soll. Lester (448) beschreibt eine scharfe Zange für die Nase.

Sprague (73) giebt eine Uebersicht über die Anatomie der Nasennebenhöhlen, ihre Erkrankungen und ihre Behandlung. Reynier und Glover (366) fanden bei anatomisch-chirurgischen Untersuchungen der leeren Stirn- und Kieferhöhlen mit Röntgenstrahlen dieselben transparent. Sie nehmen an, dass diese Methode für die Diagnose bessere Dienste leiste als die Durchleuchtung. Scheppegrell (366) bespricht die Methoden der Durchleuchtung und ihre Verwerthbarkeit. Im Augenhintergrunde findet man nach Valude (358) bei cerebralen Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen: a) papilläre Stase, b) einfache Papillitis. Bei a und b weiss man nur, dass eine cerebrale Läsion vorliegt, dagegen nichts über Art und Sitz der Läsion. Nikitin (72) stellt in 5 Vorlesungen das Hauptsächlichste über die Erkrankungen der Nebenhöhlen zusammen. Trask (73) trug multiple Polypen der Nasennebenhöhlen, die öftere Blutung verursachten, soweit ab, dass die Athmung frei wurde. In einer Arbeit über die Chirurgie der oberen Nasennebenhöhlen bespricht Winkler (360) die Methoden von Grünwald,

Jansen, Killian, Kuhnt, Ollier, Gussenbauer. Myles (363) publicirt 5 Krankengeschichten von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Magro (73) betont, dass die Auswaschungen der Sinus durch ihre natürlichen oder künstlichen Oeffnungen ein mehr diagnostisches als therapeutisches Mittel sind. Lindt (538) berichtet in einer eingehenden Arbeit über Diagnose und Therapie der chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.

Killian (541) demonstrirte 2 Präparate, betreffend die Veränderungen der Schleimhaut der Kieferhöhle bei Empyem. Alexander (493) veröffentlicht 6 Fälle von Schleimhautcysten der Oberkieferhöhle, deren Aetiologie und pathologische Anatomie. Howard und Ingersoll (359) geben an der Hand von 18 Fällen Bemerkungen über die Aetiologie der Kiefer-, Stirn- und Siebbeinhöhlenentzündungen. Bei Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Cysten und Empyem der Kieferhöhle betont Kuhnert (365), dass Aufblähung des Knochens mit Erhaltung seiner Contouren nur bei Cysten, nie bei Empyem vorkommt. Die Eiterung sistirt nach der Cystenoperation bald, bei Empyem erst nach langer Zeit. Heiman (363) beschreibt einen Fall von eitriger Entzündung des Antrum Highmori mit nachfolgendem Hirnabscess und Tod. Lothrop (364) trägt in hartnäckigen Fällen von Empyem der Highmorshöhle die Wand zwischen Antrum und Nasenhöhle zum grössten Theil ab, so dass die Highmorshöhle ein offener Recessus der Nasenhöhle wird und Secretretention unmöglich ist. Boenninghaus (364) resecirt bei Empyem der Oberkieferhöhle deren faciale und nasale Wand. Tilley (365) bespricht die anatomischen Verhältnisse der Kieferhöhle, ihre Krankheiten und Therapie; er empfiehlt die Exploration mit dem Lichtwitz'schen Trocart. Townsend (366) empfiehlt die Perforationsöffnung nach der jeweiligen Kieferhöhlenoperation fest zu tamponiren und während der Ausspülungen zu drainiren. Potter (79) verwirft bei Diagnose des Kieferhöhlenempyems die Durchleuchtung und empfiehlt die Probepunction mit dem Lichtwitz'schen Trocart. Baron (79) bevorzugt die Eröffnung der Kieferhöhle von der Alveole oder oberhalb derselben. Lockard (366) betont, dass die Durchleuchtung bei Erkrankungen der Kiefer- und Stirnhöhle als diagnostisches Mittel unzuverlässig und dass sie nur eine Stütze der anderweitig gesicherten Diagnose ist. Baron (361) hält bei chronischer Eiternng der Kieferhöhle für die hauptsächlichsten subjectiven Symptome Ausfluss und Schmerz; B. eröffnet die Höhle von der Alveolarwand.

Douglas beschreibt (362) einen Fall von Kieferhöhlenempyem bei einem 3 Wochen alten Kinde, Power (362) bei einen 8 Wochen alten Kinde. Broeckaert giebt im Anschluss an einem Fall von Kieferhöhlenempyem (362) eine Rundschau über den heutigen Stand der Frage des Empyems der Kieferhöhle. Bronner (362) hebt die Häufigkeit der Kieferhöhlenempyeme nach Influenza hervor. Goris (363) beschreibt die Technik der Radicaloperation bei Kieferhöhlenempyem. Zipfel beschreibt (363) einen Fall von Kieferhöhlenempyem. Berger (363) empfiehlt nach Operation des Kieferhöhlenempyems von der Alveole aus einen abschliessenden Kautschukobturator, durch welchen eine Metallcanüle in die Höhle führt, die wieder verschlossen wird. Shelley (363) beschreibt 3 Fälle von Kieferhöhlenerkrankung mit Gesichtsneuralgie, Gillis (361) einen Fall von Empyem der linken Kieferhöhle und der linken Siebbeinzellen. Berchond (79)

heilte einen Patienten, der 4 Jahre lang trotz Drain von der Alveole an Kieferhöhleneiterung litt, durch Eröffnung des Antrums von der Fossa canina. Gaudier (365) beschreibt ein Empyem der Kieferhöhle tuberculösen Ursprungs.

Weil (80) ist der Ansicht, dass alle Empyeme der Kiefer- und der anderen Nasennebenhöhlen durch Infection von der Nase her entstehen. Harris (359) giebt einen Ueberblick über die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Magro (492) betont, dass bei chronischen Eiterungen der Nasennebenhöhlen energische, chirurgische Eingriffe nöthig sind. Sendziak (78) theilt einen Fall von spontaner Heilung eines Empyems der Oberkieferhöhle mit. Zur Feststellung der Diagnose der serösen Erkrankung der Oberkieferhöhle ist nach Halász (361) die Probepunktion nöthig. Boucheron (79) brachte zwei Fälle von acuter Kieferhöhlenentzündung und acuter Phlegmone des Thränensacks durch Injection von Marmoreck'schem Serum zur Heilung. Hammond (365) berichtet über einen Fall von hartem Fibrom der Kieferhöhle und Pyaemie der Stirnhöhle. Westmacott (541) demonstrirte in der Pathological Society of Manchester Highmorshöhlenpräparate. Douglas (541) beschreibt ein Kieferhöhlenempyem bei einem 8wöchentlichen Kinde. Berger (541) bespricht das acute, von den Zähnen ausgehende Kieferhöhlenempyem und empfiehlt dessen Oeffnung von der Alveole. In einem Falle von Verdacht auf Antrumerkrankung gab nach Stevenson (541) die Durchleuchtung kein Resultat. Mink hat mit Carbol. sulforicin. (541) Tuberculose des Oberkiefers (die mikroskopische Diagnose war nicht gestellt) zur Heilung gebracht. Segond (542) beschreibt einen Fall, in dem ein silbernes Röhrchen im Antrum durch Röntgen-Untersuchung entdeckt wurde. Wesmer (367) beschreibt ein Instrument zur Drainage der Kieferhöhle. Kirstein (542) giebt einen Nageltrocart zur Punction der Oberkieferhöhle an.

Tilley (73) bespricht die Variationen im Umfange der Stirnhöhle und die verschiedenen Behandlungsmethoden für die Erkrankungen derselben. In einer Abhandlung über communicirende Stirnhöhlen theilt Killian (74) mit, dass die Oeffnungen im Septum frontale entstehen können durch anatomische Bildung analog dem Foramen accessorium der Kieferhöhle, durch Durchbruch des Eiters aus einer Stirnhöhle in die andere, durch Verletzung des Septum frontale. Collier (359) macht Bemerkungen über Entwickelung, Anatomie, Pathologie und Chirurgie der Stirnhöhlen. Luc (76) veröffentlicht einen Fall von eitriger Meningitis nach Abtragung eines Sarcoms der Stirnhöhle. Des ferneren berichtet Luc (360) über drei Fälle von Hirnabscess, zwei im Anschluss an Stirnhöhleneiterung. Damazal (74) veröffentlicht einen Fall von chronischem Gehirnabscess mit Durchbruch ins Antrum frontale. Blessig und Tiling (76) theilen einen Fall von Empyem der Stirnhöhle mit Durchbruch in die Orbita und in die Schädelhöhle mit. Thelwall (76) berichtet über eine Exostose der Stirnhöhle, die entfernt wurde. Rafin (75), Röpke (539) veröffentlichten je einen Fall von Stirnhöhlenentzündung mit Gehirnabscess. Sampson (360) bespricht die eitrige Entzündung der Stirnhöhlen, Fehleisen (360) die Diagnose und Behandlung der Stirnhöhlenerkrankungen. In einer Arbeit über Durchleuchtung sagt Turner (537), dass die Stirnhöhle am besten durchleuchtet wird, wenn man die Lampe an den Boden der Höhle placirt. T. bringt interessante anatomische Details über Variationen

der Stirnhöhle bei, die er an 70 Schädel studirte. Howard und Ingersoll (538) berichten über bacteriologische Untersuchung durch Cultur und Impfung, die sie an 8 Fällen von Stirn-, Highmors- und Siebbeinhöhlenentzündung vorgenommen haben. Scheier (539) constatirte mit Durchleuchtung nach Röntgen, dass die Sondirung der Stirnhöhle auch beim Lebenden über allen Zweifel erhaben ist. Nélaton (77), Lannois (359), Normant (360), Rivière (360), Rafin (492), Röpke (539) veröffentlichen Fälle über Trepanation der Stirnhöhle. Tilley (75) beschreibt einen Fall von doppelseitigem Stirnhöhlenempyem, complicirt mit beiderseitiger Kieferhöhleneiterung. Photiades (75) lässt nach dem Curettement der Stirnhöhle eine den Tracheotomiecanülen ähnliche Silbercanüle in dem Sinus liegen. Milligan (540) erörtert die Anatomie an Stirnhöhlen und bespricht die Indicationen für einen operativen Eingriff. Barth (540) eröffnet die Stirnhöhle mit dem Trepan, erweitert den Zugang derselben zur Nase und schliesst sofort die äussere Wunde. Silcock (74) beschreibt und photographirt 4 Fälle von Mucocele und Empyem der Stirnhöhle. Die acute Entzündung des Sinus frontalis tritt nach Gradenigo (74) einige Tage oder Wochen nach einem Schnupfen auf mit neuralgischen Schmerzen in der Sinusgegend; das wichtigste Symptom ist Schmerzhaftigkeit bei Klopfen gegen die vordere Sinuswand.

Spiess (361) beschreibt eine Sondentrephine, mit der er bei Empyem der Keilbeinhöhle die vordere Wand derselben anbohrt. Hara (361) resecirte zum Zwecke der Abtragung eines Osteoms der Keilbeinhöhle temporär den Oberkiefer. Foucher (77) theilt mit, dass bei einer Frau, deren Lues 4 Jahre post infectionem unbehandelt blieb, ein 3 cm im Durchmesser haltender Sequester aus der Keilbeinhöhle abgestossen wurde. Schech (540) veröffentlicht 3 Fälle von Keilbeincaries.

Reichert (77) bespricht die chronische Schleimhautentzündung des Siebbeins und ihre Beziehung zum Empyem der Siebbeinzellen und der Oberkieferhöhle.

Katzenstein.

C. Mundrachen.

B. v. Dzierzawski (80, 494) beschreibt als Frenula labiorum lateralia eine von der Lippe ausgehende, 3—5 mm weite Falte, welche das Zahnfleisch in der Mitte des I. Molaris trifft; an der Unterlippe ist die Falte mit ihrem Zahnfleischende gewöhnlich mehr nach vorn gelegen. Eine practische Bedeutung können die Frenula lateralia dadurch erlangen, dass sie den Abfluss von Secret verhindern. — A. Brown Kelly (541) hält die pulsirenden Gefässe im Pharynx meist für Schlängelungen der Carotis interna. — Mc Bride (147) publicirt 3 Fälle von Pulsationen im Pharynx. — Killian (Worms) (18, 391) beschreibt als Mandelbucht eine am oberen Rande der Mandel befindliche Grube, von der aus Canäle und Hohlräume zu dem im Gaumensegel steckenden Theil der Mandel führen. Von dieser Mandelbucht aus eröffnet K. den peritonsillären Abscess. — Siebenmann (391) weist auf die Wichtigkeit der Verhornungsprocesse an der Mandel hin und auf die anschaulichen Präparate, welche die Metallcorrosion an Terpentinpräparaten er-

giebt. — J. L. Goodale (458) hat experimentell nachgewiesen, dass eine Resorption durch die Schleimhaut der Lacunen stattfindet. Die Aufsaugung führt durch die folliculären Lymphräume. Während der Aufsaugung unterliegen die Fremdkörper der Phagocytose durch die vielkernigen Neutrophilen. Mikroorganismen sind normal in den Lacunen, aber nicht im Tonsillargewebe vorhanden. — Mit Halsweh beschäftigen sich die Publicationen von J. H. Atlee (403), Woodward (204), Carter (204).

Die bacteriologischen Untersuchungen bei Angina führten wiederum zu sehr verschiedenen Resultaten. Berkeley (205) will die Anginen nach den bacteriologischen Befunden eintheilen. — Streptococcen zusammen mit Proteus vulgaris fand Tischutkin (18), ohne letztere Wicot (205), Pospischill (205), Troisier und Decloux (539), mit Staphylococcus albus Severn (255). Der letztere Fall ist dadurch interessant, dass bei einer Reihe von Familien, die aus derselben Quelle Milch entnahmen, Anginen auftraten und dass bei einer Kuh und auf den erkrankten Tonsillen dieselben Mikroorganismen nachgewiesen werden konnten. — Viermal von 140 untersuchten Anginen züchtete Carré (204) den Malassez- und Vignal'schen Streptobacillus, zweimal in klinisch besonders schweren Fällen war derselbe zusammen mit dem Diphtheriebacillus. Heddaeus (20) fand den Staphylococcus pyogenes aureus bei einer schweren Angina, die zu einer metastatischen Pleuritis nnd Pneumonie führte. W. C. Pakes (20) cultivirte bei Tonsillitis 5mal unter 500 Fällen den Friedländer'schen Bacillus. Eine erythematische Pneumococcenangina beschreibt d'Espine (539); ihr Verlauf ist günstig. — Einen schiffchenförmigen Bacillus fand H. Barbier (458), spindelförmige Bacillen und Spirillen Lemoine (539) in 5 Fällen ulcerös membranöser Angina, von denen 3 einen ziemlich chronischen Verlauf zeigten. — Apert (539) beobachtete Anginen, durch Tetragenus bedingt. Dieselben schlossen sich stets an Pleuraaffectionen an und waren durch weisse Punkte am Velum, den Gaumenbögen und der hinteren Pharynxwand charakterisirt.

Die acute und chronische Tonsillitis behandeln die Veröffentlichungen von E. C. Underhill (19), C. G. Reily (19), Veis (19), W. S. Renner (233), Hugues (255), Gleitsmann (284), E. J. Richter (403), H. P. Stebbings (459), M. P. Creel (459). — Broquet (19) beschreibt eine Tonsillitis lacunaris ulcerosa acuta sive necrotica. — J. Zilgien (403) sah Angina pectoris bei Angina. Gibb (459) sah die Zungentonsille häufig bei Angina miterkrankt. — Hirschfeld (205) erhielt gute Resultate bei Scharlachdiphtherie durch intratonsilläre Carbolinjectionen. — T. R. Taylor (19) bläst den Inhalt der entzündeten Follikel durch einen Katheter aus und spült mit Sublimat 1 : 3000 nach. — Die Schlitzung der Tonsillen bei chronischer Tonsillitis empfiehlt Gleitsmann (284). — Alle 4 Wochen auftretende Congestion zu den Tonsillen von 2—4 Tagen Dauer beobachtete M. Sibut (255) bei einer Ovariotomirten. — M. M. P. Busquet (403) legt der Infection eine grössere Bedeutung für die Angina bei als der Erkältung. — L. C. Cline (205) sucht die Ursache der Angina in der Retention und Zersetzung der Secrete in den Lacunen der Tonsillen. — Auf den Zusammenhang von Angina mit Rheumatismus weist W. C. M'Donnell (19), der eine Pericarditis nach Angina entstehen sah, ferner Suchannek (204), welcher die nach

Angina auftretende Polyarthritis als abgeschwächte, von den Tonsillen ausgehende Pyämie auffasst, V. E. Smith (404), Jessen (538) und Peltesohn (404), der Angina lacunaris, acuten Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus und rheumatische Halsaffectionen als ätiologisch einander nahestehende Krankheiten ansieht. — Die Erkrankungen des Halses bei Scharlach bespricht B. F. R. Clark (404), bei Typhus Tresilian (404). — Septicämie nach Angina beobachteten: Tischutkin (18), F. Wood (20) Wainwright (254). dessen Pat. trotz Antistreptococcenserum starb. — An weiteren Complicationen der Angina beschreibt J. Hollick (145) Meningitis tuberculosa, Troisier und Decloux (539) eine Phlebitis des Beines, Gosewer (539) Fälle von Nephritis, L. Redtenbacher (539) vorübergehende Facialisparese.

Ueber Noma und ihre Behandlung haben Albertin und M. Pont (85), E. Weill (84) und John Mac Master (313) geschrieben. Den Rachenhusten bespricht Jacquin (569).

M. Lermoyez und J. Barozzi (83) unterscheiden 3 Formen von Herpes: Angina herpetica, Zona pharyngea und recidivirender Herpes pharyngis. — Baron (83) beschreibt einen Fall von Zona lingualis, Havilland Hall (83) einen solchen des Gaumens, der Zunge, des Ohres und der Schläfe. — Hallopeau (84) und Dubreuilh und Frèche (84) besprechen den als mattweisse Flecke auf der Zunge und als opake Streifen auf der Wange, meist gleichzeitig mit einer Eruption auf der Haut auftretenden Lichen planus. — G. Lyon (85) hat nach 1 g Antipyrin einen Pemphigus der Schleimhaut und der Haut gesehen, Pluder (86) veröffentlicht einen mehr chronisch verlaufenden Fall derselben Affection. — Bussenius und Siegel (86) weisen nach, dass die Uebertragung der Maul- und Klauenseuche vom Thier auf den Menschen garnicht selten vorkommt. Stierlin (86) sah gleichfalls Erkrankungen an Maul- und Klauenseuche beim Menschen. Levi (85) fand bei der Stomatitis den Staphylococcus albus, aureus und citreus, welche er als die Erreger der Krankheit anspricht, während Bussenius einen ovoiden Bacillus, der mit demjenigen Siegel's identisch ist, für specifisch erklärt. Löffler und Frosch (86) halten den Siegel-Bussenius'schen Bacillus nicht für den Erreger der Krankheit. Als Resultat ihrer Untersuchungen stellen sie 8 Thesen auf, deren wichtigste es als zweifellos hinstellt, dass die Maul- und Klauenseuche durch Schutzimpfungen wirksam bekämpft werden kann. — Bernhard (495) fand bei Stomatitis ulcerosa einen Bacillus und einen Spirochaet, die er nicht als specifisch ansieht.

Porquet (256) und A. L. Kenny (257) berichten über Mandelsteine, ersterer unter Besprechung der Symptomatologie und Therapie. — M. d'Arcy Magee (540) und C. Henry Leonard (540) und Weymann (407) theilen Fälle von Fremdkörpern in der Tonsille resp. im Pharynx mit. — Walker Downie (20) bestätigt die Siebenmann'schen Befunde bei Mycosis benigna, auch C. A. Wilson Prevost (542) hält Leptothrix nicht für die Ursache der Krankheit, nach R. P. Lincoln (542) ist die Pilzwucherung nicht auf, sondern innerhalb der Falten des lymphoiden Gewebes. Casuistische Beiträge zur Pharyngomycosis benigna veröffentlichen Veis (19), Frank S. Milbury (20), Cecil Parser und Frank Tidswell (149). — Hagedorn (148, 541) bespricht die Differentialdiagnose des

Ulcus pharyngis benignum. — Einen Fall von ohne Naht geheilter Risswunde des Rachens beschreibt P. Niedermayr (24).

Cagliari Simoni (20) studirt die Bedeutung der Blastomyceten bei der Tonsillarhypertrophie. — Nach H. W. Whittaker (255) findet man die Mandelhypertrophie beim Kinde, die Hyperplasie beim Erwachsenen. — J. F. Barnhill (256) hält die Reinigung der Krypten bei allen Tonsillarhypertrophien für nothwendig und bespricht die verschiedenen Exstirpationsmethoden. — Die Tonsillarhypertrophien haben ferner H. Burger und H. C. A. Campagne (528) bearbeitet. — Von gutartigen Geschwülsten der Mandeln demonstrirt William Hill (559) in der Londoner laryngologischen Gesellschaft, Wingrave (562), Waggett, Butlin, Horne und Yearsley Papillome. — Flatau (479) beobachtete ein central verkästes Lymphom der Tonsille, Furet (564) ein Molluscum pendulum der Mandel bei gleichzeitigem Molluscum der Haut.

Auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Sarcom und Syphilis der Mandel macht Bryson Delavan (291) aufmerksam; Wright (282) betont, dass für den Pathologen zur richtigen Deutung der mikroskopischen Bilder die Kenntniss des klinischen Verlaufes unerlässlich sei. — Fälle von Mandelsarcomen veröffentlichen Caucheteux (257), Nemery (257). Heymann (23) empfiehlt Arsen bei Tonsillarsarcomen. — Fälle von Carcinoma tonsillarum und die Technik ihrer Exstirpation werden von Newman (23, 24), Morton (24), Mc Burney (460) besprochen.

Die Chirurgie der Tonsillen, Tonsillotomie, Morcellement, Galvanocaustik im Allgemeinen oder unter Berücksichtigung besonderer Fragen wird in den Arbeiten von Dabney (460), Maknen (233), Logan (460), Permewan (460), Gibb (460), Trémont (21) erörtert.

Zahlreiche Mittheilungen über extragenitale, syphilitische Primäraffecte liegen vor: C. C. Stone (22) stellt 80 Fälle von Primäreffect der Mandeln zusammen, denen er einen eigenen Fall beifügt. L. Jullien (22), Andry und Iversene (23), A. G. Root (233), Münchheimer (254), Bloch (254), A. Diehl (254), G. Martin (254), B. Foster (454), Hal Foster (460), Danlos (460) beschreiben Primäraffecte der Tonsillen. B. Foster sah einen durch zahnärztliche Instrumente übertragenen Schanker des Zahnfleisches, Münchheimer (254) einen am Arcus palato-glossus, zwei am Mundwinkel, Bloch (254), Bayet (311), B. Foster (454), J. B. Keber (455) an den Lippen. An der Zunge beobachteten Bloch (254), Foster (454) und Keber (455) Primäraffecte. — Die Differentialdiagnose zwischen Schanker und Epitheliom der Lippe bespricht du Castel (81). — Die Leucoplacie bei secundärer Syphilis behandeln Danlos (495), Lièven (385) und du Castel (83). — Spicer (562) berichtet über ein 3 Monate altes Kind, bei dem die Tonsillen, Uvula und Velum weiss wie ulcerirt aussahen: später trat eine Ulceration am Auge und in der Schamspalte auf. Die Mundaffection war anfangs als Soor diagnosticirt worden. Barclay Baron hat einen analogen nicht syphilitischen Fall beobachtet, Lambert Lack einen solchen auf lupöser Grundlage. — Atwood Thorne (563) theilt einen Fall von Ulceration der Tonsillen bei einem 13jährigen Knaben mit, die er für secundär oder tertiär syphilitisch hält, während Baber und Hill Lues hereditaria an-

nehmen; einen gleichen Fall erwähnt Hamilton (542). — Gaudier (454) beobachtete einen syphilitischen Sequester des Oberkiefers, Oulmann (145) Gummigeschwülste der Zunge. — Verwachsungen des Velum mit der hinteren Pharynxwand wurden von W. C. Spencer (559), Chiari (62), Trarier (149), Rosenthal (478) veröffentlicht, ein Theil derselben wurde operativ geheilt. — Vallas heilte eine tiefe Stenose, welche dicht über der Epiglottis sass, durch die Pharyngotomia transhyoidea. — Schwere Impfsyphilis mit totaler Zerstörung des weichen Gaumens beschreibt Blodgett (457).

L. S. Somers (23) behandelt in einer Arbeit die Tuberculose der Mandeln, des Rachens und des Kehlkopfs, Plique (543) giebt eine Besprechung der Siegert'schen Arbeit über die Rachentuberculose des Kindes; Druon (149), Chr. Greve (87), de Santi (226) und De Buck und O. Vanderlinden liefern casuistische Beiträge. — Lermoyez und Macaigne (23) beschreiben eine primäre Mandeltuberculose. — Ueber Zungentuberculose schreibt Le Boeuf (145) im Anschluss an einen von ihm publicirten Fall. — Nach Demptos (311) geht die Tuberculose des Oberkiefers vom Zahnfleisch aus; er unterscheidet die lupöse, nekrotische und osteomyelitische Form. — Gleichzeitiges Vorkommen von Carcinom und Tuberculose stellte Naegeli (485) fest. — Gibb (485) erörtert die Differentialdiagnose zwischen Syphilis, Tuberculose, Lupus und Carcinom. — Fälle von Lupus finden sich bei Nachod (407, 543) und Griffith C. Wilkin (525). — Krzysztalowicz (485) empfiehlt das Tuberculin R bei Lupus als wirksam, aber theuer. — Bei Tuberculose des Pharynx empfiehlt Semon (226) Arsenik oder Tuberculin. — Angeborene Spalten in den Gaumenbögen werden von Preysing und Schwartz (131) und von Lauffs (132) beschrieben. — Operativ geheilte Hasenscharten werden von Gevaert (311) veröffentlicht. — Eine durch Ulceration eines Naevus erworbene Hasenscharte publicirt W. J. Brandt (80). — Die Gaumenspalten und ihre Behandlung wird von Arbuthnot Lane (207), Gevaert (207), T. W. Brophy (207) und Edward Law (517) besprochen. — Eine Methode zur Vermeidung seitlicher Fisteln bei der Staphylo-Uranorrhaphie giebt Ehrmann (208) an. — In einer redactionellen Bemerkung des Med. Record wird auf die Bedeutung der Gaumendeformitäten bei Idioten hingewiesen. — Houzé (311) bespricht den anormalen Unterkiefer eines Chinesen. — G. Naumann (148) beschreibt zwei symmetrische Pharynxdivertikel an der Membrana thyreohyoidea.

Den Zusammenhang der Zahn- und Mundkrankheiten mit Allgemeinaffectionen erörtert S. W. Foster (82). — Reinhard (387) beschreibt eine Hétérotopie par génèse eines Oberkieferzahns, Fackeldey (388) extrahirte einen Zahn aus der Nase. — Scarification und Incision des Zahnfleisches bei erschwertem Zahndurchbruch empfiehlt Böhm (81). — Marchaudé sah bei gesunden Zähnen Drüsenschwellung am Halse. — Eine Hypertrophie des Zahnfleisches beschreibt C. Heath (312).

Villers (311) beobachtete eine Atrophie des Unterkiefers mit Sequester an demselben, und Exostosen bei einem Tabiker, von Stubenrauch (494) eine Phosphornekrose. — O. Prym berichtet über epitheliale, relativ gutartige centrale Geschwulstbildungen im Kiefer, die im weiteren Verlauf zum multilocularen Cystom führen. — Fälle von Osteomyelitis des Oberkiefers publiciren Röpke (389),

H. Burger und H. C. A. Campagne (528), R. und J. Winslow (454) ein Zahnbeinosteom des Oberkiefers. — Die Krankheiten der Mundhöhle haben Mikulicz und Kümmell (427) im Twentieth Century Practice bearbeitet. — Chaumanet (312) widmet den Munderkrankungen der Glasbläser eine eingehende Studie. Die Backen sind häufig durch den beim Blasen vorhandenen Druck deformirt, opale Schleimhautflecken, Risse an Lippen und Zahnfleisch, Lufttumoren der Parotis, einseitige Backenatrophie, Gingivitis, Parotitis und Zahnneuralgieen beobachtete er nicht selten. — Riesman (312), Thomas Harris (495) und A. J. Sharp (495) berichten über Fälle von Xerostomie. — Fournier (313) beschreibt als Hydroa buccalis Blasen, welche nach dem Platzen rothe Flecke zurücklassen, die Syphiliden ähnlich leicht diagnostische Irrthümer veranlassen. — Lieven (385) giebt als Ursache für die Leukoplakie den chronischen Katarrh an, Kronenberg (386) alte Zahnwurzeln und schlecht sitzende Gebisse. — Fälle von Leukoplakia non specifica publiciren A. Rosenberg (496) und H. Niemeyer (313), ein Epitheliom auf einer Leukoplakie sah Pilliet (370). Cessan (81) erwähnt das gleichzeitige Vorkommen von Leukoplakie und Carcinom. Gegen die Leukoplakie werden empfohlen Kal. chloric., Papayotin, Acid. chromic., Anilinfarbstoffe.

Ueber die Mundhöhle als Eingangspforte für Infectionskeime stellte Lexer (147) Versuche an. Nach einer Streptokokkeninfection der Mundhöhle und des Rachens von Kaninchen sah er Allgemeininfection durch den lymphatischen Apparat des Rachens eintreten. Die Verhältnisse beim Menschen liegen ebenso günstig für eine Allgemeininfection. — Gleichfalls experimentell prüfte Hugenschmidt (81) die Frage, warum die Wunden in der Mundhöhle so selten inficirt werden; als Ursache fand er die bactericide und mechanische Wirkung des Speichels und die constante Epitheldesquamation. — Die Wichtigkeit der Mundpflege betonen Fedorow (81), C. T. Gramm (82), M. Richter (82) speciell für die Soldaten, Montefusco (82), G. V. J. Brown (82) und S. W. Foster (82). Fiedeldy (82) hält die prophylaktischen Mundwaschungen bei Säuglingen eher für schädlich, da sie den Mundschwamm begünstigen. — R. Matas (454) berichtet über einen Varix der Coronararterie der Unterlippe bei einem Cornetbläser. — Fälle von Actinomykose veröffentlichen C. Abbée (133), P. Claisse (146) und A. Habel (484). — Ueber einen Fall von Glossitis superficialis dissecans chronica berichtet Sympson (367). — Stetten (496) sah zwei Fälle von Glossitis papillaris, den einen auf tuberculöser Grundlage. — Morisot (367) theilt die acuten Zungenabscesse in circumscripte Abscesse und allgemeine eitrige Glossitis. Die Therapie besteht in der Anwendung von Antisepticis event. Incision. — Sabrazès und Bousquet (367, 455) beobachteten eine Makroglossitis acuta bei Sepsis puerperalis. — Makroglossie mit Lymphangieectasieen des Mundbodens, Gesichts und Halses publicirt Branet (368), einen Fall angeborener Makroglossie Gerhardi (455). — P. Melchior Robert (456) spricht die schwarze Zunge als eine durch specifischen Mikroorganismus (Rhizopus nigricans Ehrenberg) hervorgerufene Störung der Keratinisation an, hierzu liegen casuistische Mittheilungen von Lohéac (368) und Lecocq (456) vor. — Eine Zerreissung der Zunge beschreibt A. Evans (368), eine Verletzung mit nachfolgender Hemiatrophie Moyer (368). — Claisse (146) sah eine Actinomykose der Zunge in einer durch einen scharfen

Zahn hervorgerufenen Ulceration entstehen. — Broca (368) erwähnt einen durch die Hypertrophie der Glandulae sublinguales gebildeten Zungentumor. — Bei peripherischer Facialislähmung sah Schultze (146), bei centraler Weber (147) nicht nur ein Abweichen der Zungenspitze, sondern auch ein Tieferstehen des Zungengrundes auf der erkrankten Seite. — Heldenbergh (146) beobachtete eine hysterische Lähmung der linken Zungenhälfte. — Den Einfluss der Hyperplasie der Zungentonsille auf die Stimme würdigt Winkler (147 u. 392), als Ursache der Dysphagie Swain (281). O. A. M. Mac Kimmie, James J. Brown, Dubourdien (369) besprechen die Hyperplasie der Zungentonsille, Bar (569) die acuten Entzündungen derselben. Gevaert (147) fand Varicen häufig bei Hyperplasien der Zungentonsille zwischen 30 und 50 Jahren. — Halserscheinungen, besonders Erstickungsanfälle, bringt Dundas Grant (228) mit Varicen des Zungengrundes in Zusammenhang, während Tilley, Hill, St. Clair Thomson und Semon (228/9) diese Verbindung zurückweisen. — Die häufige Betheiligung des Zungengrundes bei Syphilis betont Seifert (497), er hält die glatte Atrophie desselben nicht für charakteristisch für Syphilis. — Die Aufpinselung von Kupfersulfatlösung auf die Zunge verwandelt nach Frentzel (312) den bitterlich scharfen Cigarrengeschmack in einen süssen. — Eberson (312) sieht beim Kosten einer Säure eine blaue, bei bitterem Geschmack eine rothe oder gelbe Farbe. — v. Oefele (494) empfiehlt Gymnematabletten bei schlechtem Geschmack. — Ulemann exstirpirte das Zungenbein wegen Caries desselben.

Die gutartigen Geschwülste der Zunge bespricht Dubourdien (369). — Bousquet (87) behandelt im Anschluss an einen Fall von Cyste in der Zungenmuskulatur die Differentialdiagnose zwischen Ranula und Dermoidcyste. Die ersteren finden sich seitlich submucös, die letzteren median intramusculär. — Fälle von Ranula beschreiben Engelmann (145), v. Hippel (145); von Dermoiden Chavannaz (88), Kronenberg (386) und Verelely László (369); eine Retentionscyste der Membrana thyreohyoidea G. Naumann (148). — Brocq und L. Bernard (368) sahen ein Hämatolymphangiom der Zunge und des Velum, eine angiomatöse Neubildung am Frenulum linguae Reinbach (144), ein intra partum entstandenes Haematoma traumaticum am Mundboden Tieux (88). — Ein Fibrom oder Fibrosarcom kam bei Morley Agar (559), ein congenitales Rhabdomyom bei Pendl (369), eine gestielte Nebenschilddrüse am Zungengrund bei Seldewitsch zur Beobachtung. — Dop (87) veröffentlicht histologische Betrachtungen über die Papillome der Mundhöhle, bei denen es sich um hypertrophirte normale Elemente der Papillen handelt. — Nach Binder (146) sind 5 pCt. der Krebse Zungenkrebse. Die Operation verlängert im Durchschnitt die Lebensdauer um 5 Monate. Bei 24 pCt. der Operirten wurde eine definitive Heilung erzielt. — Pilliet (370), Davies Colley (370) und Bussenius (431) liefern casuistische Beiträge zum Carcinoma, Delbanco (497) zum Sarcoma linguae; ein Lymphangiosarcom des Mundbodens theilt Barth (314) mit. — Ueber eine tödtliche Blutung nach einer Lingulaoperation berichtet Sarkewitsch (315). Die Technik der Zungenoperationen wird von René Lacour (315), Vallas (456 u. 543), Etiévant (315/6), Branet (368), Brocq und L. Bernard (368), Le Dentu (370) und H. Butlin (497) behandelt.

A. Cartaz (205 u. 564) und Ripault (24) sehen den chronischen Abscess des Velum für den Rest eines peritonsillären Abscesses oder eine Entzündung eines congenitalen Divertikels an. — W. Posthumus Meyjes (541) bedient sich nach der Trennung einer postdiphtherischen Verwachsung des Velum mit der hinteren Pharynxwand des Hajill'schen Apparates zur Offenhaltung, Guldenarm würde eine plastische Operation zu diesem Zwecke bevorzugen. — Hagedorn (148) bespricht die Differentialdiagnose des benignen Pharynxgeschwüres. — Raugé (208 u. 458) beobachtete einen Fall von traumatischer Velumlähmung, bei dem die Sensibilität erhalten, die Reflexe aber verloren waren. Larynx und Pharynx waren unverändert. R. nimmt eine circumscripte, bulbäre Blutung oder eine dissociirte Facialislähmung im Felsenbein oder eine Affection des Wrisberg'schen Nerven an. — Scanes Spicer (560) sah eine Lähmung der rechten Stimmlippe, der rechten Pharynx- und Velumhälfte, die er auf eine Herderkrankung im Wurzelgebiet des Vago- accessorius zurückführt. — Linksseitige Velum- und Abductorparese beobachtete Jobson Horne (518) bei Syringomyelie, intermittirende neurasthenische Velumlähmung Garel (457), durch lymphomatöse Geschwülste des Septum bedingte Lähmung Pegler (562). — Papillome des Velum theilten Le Grix (206) und Good (457) mit. Ueber ein grosses Adenom berichtet Escat (207), über ein Lipom der nasalen Velumfläche Preysing und Schwarz (131). Mischgeschwülste des Velum mit reichlich epithelialen Elementen sind von Pitance (206), Manclaire und Durrieux (206) und Berger (457) beschrieben, dieselben sind gutartig, können aber nach Pitance malign degeneriren. — Lennox Browne (232 u. 524) sah ein Epitheliom des weichen Gaumens. Ein Aneurysma des harten Gaumens beobachtete Sheild (24). — Baurowicz (25) theilt einen Fall von gestieltem Drüsenkrebs des harten Gaumens mit. — Beiträge zur chirurgischen Operationstechnik am Gaumen liefern Sapeschko (25), Bardenheuer (25), Ehrmann (208), Arbuthnot Lane (207), T.W. Brophy (207) und Trarier (149). — Eine zu lange Uvula als Ursache von Erbrechen sah Bodman (254), als Hinderniss bei der Chloroformnarkose Castairs (356 u. 530).

Nach G. Krebs (406) ist Pharyngitis sicca ein Sammelname; das Bild kann 1. durch Nasensecret, 2. durch einen chronischen Catarrh in Folge von Nasenverstopfung, 3. durch Diabetes und Albuminurie und 4. durch chronischen Catarrh mit zufälliger Atrophie bedingt sein. Pinselungen sind deshalb wirkungslos.

Die Retropharyngealabscesse hat Moure (425) in Twentieth Century Practice bearbeitet. Casuistische Beiträge liefern Verstraete (407), Clopatt (407), F. Huber (408), C. E. Munger (408), Frank L. Stillman (408), Sila-Nowitzki (408) und Melvin M. Franklin (543), eine grössere Reihe von Fällen — 77 Fälle — bespricht Koplik (408).

A. Rosenberg (496) sah eine Blutung aus der Tonsille nach Diphtherie — wahrscheinlich infolge Platzens eines Aneurysma — und eine Blutung aus einem Varix der rechten seitlichen Pharynxwand. Broeckaert (256) sah eine heftige Nachblutung 7 Tage nach einer Tonsillotomie. — Mc Cullough (21) beobachtete eine Blutung nach einer während einer acuten Tonsillitis vorgenommenen Tonsillotomie. —

Clutton (148), Pitts und Harrison Cripps empfehlen bei arterieller Blutung in den oberen Luftwegen die Unterbindung der Carotis communis.

Krönlein (149) fand, dass die Pharynxcarcinome durchaus nicht selten auftreten (1 : 15), am seltensten im Nasenrachen, häufiger in der Pars oralis (meist im Sinus tonsillaris), auch die laryngopharyngealen sind häufiger als man im Allgemeinen annimmt. Der Verlauf ohne Operation ist rapider. Recidive nach der Operation sind häufig. 2 dauernde Heilungen und 11 Recidive mit einer Verlängerung der Lebensdauer von 7 Monaten unter 29 Patienten, die im Ganzen radical operirt wurden, beweisen die Berechtigung der Pharynxexstirpation wegen Carcinom. — Casuistische Mittheilungen von Pharynxcarcinomen veröffentlichen Bussenius (431) und B. Fränkel (481). — Die Heilung einer wahrscheinlich sarcomatösen Neubildung der hinteren Pharynxwand durch Electrolyse berichtet Videbech (540). — Ein Lymphangioma cavernosum der hinteren Rachenwand sah Weil (66). — Ein petrificirtes Enchondrom der Wange wird von Habart (494) beschrieben.

Instrumente.

W. Kelson (22), Poplam (22), Spicer (22) Tonsillotome.

Finlay (22), Smith (22, 256), Gleitsmann (284) Zange für die Tonsillen.

Bronner (256): Messer zum Schlitzen der Tonsillen.

Farlow (285): Lymphotom.

Cock (316), Bruns (316): Mundsperrer.

Wandless (371: Zungendepressor.

Thomas (134): Spatel mit darauf befestigtem Pulverbläser.

Nichols (233): Electrisch beleuchtetes Speculum.

Pynchon (21), Gradle (22), Schneider (386): Instrumente für Galvanokaustik.

Delavan (285): Electroden für Electrolyse.

Meissen und Schröder (386): Inhalationsapparat für flüchtige Medicamente.

Strauch (392): Sprayapparat.

Rogers (199), Bishop (357): Sprays und Inhalationen. Körner (242): Auskochen der Spiegel.

Medicamente.

Eucaïn, Holocaïn, Ferropyrin, Lactophenin, Peronin, Anesin, Parachlorphenol, Phenolum sulforicinicum, Orthoform, Hydrarg. hyperoxyd., Gelatine als Haemostaticum, Airol, Dermatol, Tussol, Guajacetin, Nosophen, Antinosin, Tannoform (Ozaena), Xeroform, Aq. oxygenat; Siphonage bei Halsaffectionen.

Kimm (178): tritt für die Anwendung von Kal. chloric. ein.

E. Meyer.

D. Diphtherie und Croup.

Grancher (151) hält es für räthlich, dass man bezüglich der Diagnose und Therapie der Diphtherie an der traditionellen Würdigung der klinischen Symptome festhalte, da die bakteriologische Diagnose das klinische Handeln verzögere und die Abgrenzung der Bedeutsamkeit der verschiedenen Bacillen noch keine endgiltige sei. — Koplick (209) dagegen legt der bakteriologischen Diagnose eine ganz entscheidende Bedeutung bei und giebt zur Beschleunigung derselben den Rath, das verdächtige Material im Brutofen bei 38° aufzubewahren. In dieser Temperatur wachsen die Löffler'schen Bacillen in $2^1/_2$—3 Stunden. — Spronck (316, 461) ist der Meinung, dass auch die Cultur allein noch nicht zur sicheren Diagnosenstellung ausreiche, sondern dass dieselbe durch die Thierimpfung ergänzt werden müsse. Des weiteren empfiehlt derselbe Autor (498) ein peptonisirtes Giftdecoct als Culturflüssigkeit für die Diphtheriebacillen. Der Bacillus wächst auf diesem sehr billigen Nährboden unter der Bildung eines weissen Fliesses schnell; die Flüssigkeit bleibt alkalisch, die Toxine bildet sich schnell und regelmässig; der Bacillus giebt ein kräftiges Gift. — Die schädlichen Nebenwirkungen des Diphtherieserums werden nach Angabe desselben Autors (504) durch eine 20 Minuten dauernde Erhitzung auf 59° wesentlich herabgemindert. Die antitoxische Wirkung des Serums wird hierdurch nicht wesentlich herabgesetzt. — Ferré und Creignon (409) konnten die kurze Abart des Löffler'schen Bacillus in die lange und mittlere Form überführen. Sie fanden keine Beziehung zwischen der Länge des Bacillus und dem Grade seiner Virulenz. — Gouguenheim (548) dagegen glaubt, dass die kurzen Bacillen weniger virulent sind und häufiger bei Erwachsenen, die langen gefährlicheren öfters bei Kindern angetroffen werden. — Prochaska (258) giebt an, dass die Pseudodiphtheriebacillen von den echten mit Sicherheit dadurch unterschieden werden können, dass die ersteren die alkalische Reaction der Lakmusbouillon nicht in Säure verwandeln. — Barbier und Tollemer (463, 498) fanden die Diphtheriebacillen in den verschiedensten Drüsen, im Rückenmark, in der Lunge und im Blut. Sevestre (463) ist nicht geneigt, diesem Befunde eine grosse Beweiskraft einzuräumen, da die Sectionen der betreffenden Leichen erst 24 Stunden nach dem Tode vorgenommen wurden. Dahingegen bestätigt Richardière (548) die Angaben von B. und T. auf Grund der Untersuchung von weiteren 4 Fällen. Bei diesen bestand eigenthümlicher Weise trotz des Vorhandenseins der Bacillen in den Nervencentren intra vitam keine Lähmung. — Von Interesse sind die Beobachtungen von Renshaw (498). Derselbe impfte Katzen mit Diphtheriemembranen. Die Thiere starben ausnahmslos, während die Membranen sich vergrösserten. Wurden Membranfetzen, die von denselben Patienten gewonnen waren, vor der Uebertragung in eine Lösung von Kali permanganicum oder Hypochlorsäure gelegt, so blieben sie wirkungslos. — Smirnow (210) stellt sein Diphtherie-Antitoxin durch elektrolytische Behandlung virulenter Bouillonculturen dar. — Tavel (373) giebt eine ausführliche Mittheilung über die Zubereitung, Aufbewahrung und Verwendung des diphtherischen Heilserums, wie sie im bakteriologischen Institut zu Bern gehandhabt wird.

Aus den statistischen Zusammenstellungen von Zbinden (26) ist hervorzuheben, dass die Diphtherie meistentheils epidemisch, aber auch sehr häufig sporadisch auftreten soll. Familien- und Nachbarfälle sind seltener. Eine positiv nachweisbare directe Uebertragung ist nicht eben häufig. Masern kommen ätiologisch häufiger in Betracht als Scharlach. — Nach Schellong's (499) Erfahrungen kommt die Diphtherie in den Tropen sehr selten vor. Es kann also demnach die Bodenfeuchtigkeit keine hervorragende Rolle bei deren Verbreitung spielen. — Eine Beobachtung von Mac Gregor (549) lehrt, wie lange Diphtheriebacillen sich in der Mundhöhle halten können. Dieser Autor konnte bei einem Knaben, der im Juli Diphtherie überstanden hatte, noch am 28. December aus der Mundhöhle Diphtherieculturen züchten.

Heyders (27) ist der Ansicht, dass der Croup eine Krankheit sui generis darstelle, als deren Erreger er einen specifischen Bacillus gefunden zu haben glaubt. — Auch Luyten (549) polemisirt gegen die Annahme von der Identität von Croup und Diphtherie. — Zwei tödtlich endende Fälle von Kehlkopfdiphtherie, die ohne Membranbildung verliefen, werden von Neipert (89) berichtet. — Hennig (90) bringt eine Abhandlung über chronische Diphtherie und Rhinitis fibrinosa. Aus derselben ist hervorzuheben, dass er beide Erkrankungen für sehr nahe verwandt hält, aber den Löffler'schen Bacillus nicht als den Erreger der klinisch als Diphtherie aufzufassenden Erkrankung betrachtet. — Jessen (90) berichtet über einen chronischen Diphtheriefall, bei dem sich die Diphtheriebacillen unter specifischen Entzündungserscheinungen im Rachen 4 Monate lang hielten. Serumeinspritzungen waren erfolglos; es bestanden keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens.

Roger und Bayeux (150) fanden, dass nicht nur durch die lebende Cultur, sondern auch durch die isolirte Toxine unter gewissen Umständen Pseudomembranen auf der Schleimhaut hervorgerufen werden können. Bei empfindlichen Thieren (Meerschweinchen) scheint das Diphtheriegift sehr schnell resorbirt zu werden und vorzugsweise allgemeine Erscheinungen zu veranlassen. Bei resistenteren Thieren (Kaninchen) traten die Localerscheinungen mehr in den Vordergrund; die Folgen sind hier weniger heftig. — Barbier (499) unterscheidet: 1. eine reine Diphtherie, wie wir sie im Thierexperiment sehen, sie ist beim Menschen selten und muss typisch auf Serum reagiren; 2. eine reine Diphtherie mit Complicationen; 3. modificirte oder gemischte Diphtherie, die je nach ihrer Combination mit anderen Mikroben gut- oder bösartig sein kann. — v. Dungern (151) ist der Meinung, dass die Streptococcen nicht eine eigentliche Virulenzsteigerung der Diphtheriebacillen bedingen, sondern dass die ungünstige Wirkung, die ihr Zusammentreffen mit Diphtheriebacillen gewöhnlich hervorruft, durch eine Schwächung des Organismus und seiner baktericiden Function bedingt ist. — Barbier und Tollemer (498) kommen auf Grund ihrer Experimente zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit des Diphtheriebacillus durch die Gegenwart von Streptococcen wesentlich erhöht werde.

Nach der Ansicht von Gundobin (91) entspricht der Grad der Leukocytose bei der Diphtherie nicht der Virulenz der Krankheit, sondern dem Allgemeinzustand der inneren Organe. Prophylaktische Serumeinspritzungen vermehren sie, therapeu-

tische können sie vermehren oder aber auch vermindern. — Nicolas und Courmont (371) fanden bei Kaninchen nach Injection von Diphtheriegift eine Hyperleukocytose, die sie beim Pferde nicht nachweisen konnten. Sie glauben deshalb, dass dieselbe für die Immunisirung nicht nothwendig sei.

Zu therapeutischen Zwecken sind auch in diesem Jahre eine grosse Anzahl von Präparaten empfohlen worden, so von Pantlen (317) und Bracelin (550) Chlor; von A. E. Bieser (412) 1. Ipecacuanha, 2. Eisen, 3. Quecksilber; von Mc. Envoe (412) Brom; von de Chateaubourg (464) Guajacol. Lindsay Porteus (464) verabreichte bei 3 Kindern Diphtherieserum mit günstigem Erfolge per os. Pilocarpin wird von Horowitz (501) und Vehmeyer (550) empfohlen; Märer (549) dagegen warnt dringend vor dem Gebrauch desselben, da es seiner Meinung nach eine sehr ungünstige Wirkung auf das Herz ausübt. — Die Urtheile, die das vergangene Jahr über die Erfolge des Diphtherieserums gebracht hat, lauten in weit überwiegender Anzahl günstig. Nach Theodor (29) starben von 34 mit Serum behandelten Fällen nur 4, und zwar handelte es sich hier um Kranke, die frühstens am 4. Krankheitstage zur Behandlung gekommen waren. Eine Zusammenstellung von Biggs (31) von 25000 Fällen, gesammelt von 150 Beobachtern, erweist eine Herabsetzung der absoluten und procentualen Sterblichkeitsziffer um die Hälfte. Weitere günstige Urtheile von Autoren, denen ein grosses Krankenmaterial zur Verfügung steht, wurden abgegeben von Gerloczy (92), Monti (92, 152), officieller Bericht aus Belgien (153), Oedön (153) Pressburg, Gawrilow (154) Russland, Morse (155) Boston, Zuppinger (211), Slater (212) St. Georgs-Hospital, Engelhardt (212) Marseille, Variot, Richet (259) Paris, Kenigsberg (260) Orenburger Gouvernement, Herminius, Worobjew (320) im Jamburger Kreise im Simbirskischen Gouvernement, Damieno (411) Neapel, Belin (465) Strassburger Kinderklinik, Clubbe (465) Sidney, Woinow (502) Russland, A. Baginski (550) Berlin, Fibiger (551) Kopenhagen. — Dagegen glaubt Winters (93) auf Grund seiner Beobachtungen im New Yorker Findelhause, dass das Heilserum gegenüber einer schweren Epidemie vollständig werthlos sei. Dem gegenüber steht allerdings eine Mittheilung von Lewis Smith (154), der anscheinend an demselben (?) Material günstige Heilerfolge zu verzeichnen hatte. Auch das Urtheil, das gelegentlich einer Discussion der N. Y. Medico-chirurgical Society (412) über das Heilserum abgegeben wurde (A. E. Bieser, Porter, Mc. Envoe), ist durchaus nicht bedingungslos günstig.

Unter den Nacherkrankungen nervöser Natur, von denen auch in diesem Jahr eine grosse Anzahl berichtet werden, heben wir hervor eine Mittheilung von Wilson (410), der nach Diphtherie vollkommene Taubheit beobachtete. — Katz (151) fand als erste durch das Diphtheriegift bedingte Störung Veränderungen in den Ganglienzellen, an die sich Veränderungen in den trophisch abhängigen Nervenfasern anschlossen. — Zu ähnlichen Resultaten kam Murawieff (462) bei Versuchen, die er an Meerschweinchen anstellte. Er fand bei denselben zumeist Degenerationsvorgänge und Vacuolen in den Vorderhörnern; die hinteren Wurzeln waren nur selten afficirt. Die peripheren Neuritiden waren secundär. — Auf die Bedeutung des Herzens für den Verlauf der Diphtherie weist Chapin (500) hin. Er empfiehlt als Excitantien Alkohol, Strychnin, Hydroglycerin und manchmal

auch Digitalis. — Scagliosi (500) fand, dass die Veränderungen am Herzen von Diphtherieleichen weit mehr parenchymatöser als interstitieller Natur sind. — Nach Spronck's (464) Meinung erzeugt das Diphtherieserum ebenso wie das Serum des nicht immunisirten Pferdes eine geringfügige und bald vorübergehende Albuminurie. Dass aber das Heilserum weit eher günstig als schädlich auf eine bestehende diphtherische Albuminurie wirkt, scheint ihm nach seinen Versuchen zweifelsohne. — Auch Siegert (503) ist der Meinung, dass das Heilserum keinerlei ungünstigen Einfluss auf die Niere auszuüben im Stande sei.

Von hoher Bedeutung für die Beurtheilung der Präventivimpfungen ist eine Mittheilung von Slawyk (Dtsch. medic. Wochenschr. 1898, p. 85) aus dem Charité-Krankenhaus zu Berlin. Danach gelang es, die dortige Kinderklinik, die früher sehr viel durch Uebertragungen von Diphtherie zu leiden gehabt hat, während zweier Jahre durch Präventivimpfungen seuchefrei zu halten. Als man der Kontrole wegen diese Einspritzung 2 Monate fortliess, kamen in dieser Zeit 4 Uebertragungen vor. Eine Dosis von 200 Immunisirungseinheiten wirkte auf etwa 3 Wochen. — Hagenbeck, Burkhardt und Lotz (501) empfehlen ebenfalls in ihrer Diphtherieprophylaxe an erster Stelle Präventivimpfungen, denen sie eine Schutzwirkung von der Dauer ungefähr eines Monates beimessen.

Ueber den Werth der Intubationen kann man nach Timmer's (156) Ansicht auf Grund des vorliegenden Materials noch keine endgiltige Entscheidung abgeben. Die Frage, ob der Intubation oder der Tracheotomie der Vorzug einzuräumen sei, ist noch nicht endgiltig entschieden. Sicher ist, dass die Tracheotomie nicht immer durch die Tubage ersetzt werden kann. Bei gleichzeitiger Erkrankung der tieferen Luftwege ist die Tracheotomie vorzuziehen, sonst möge die Wahl der Operation davon abhängen, welche Methode dem Arzte geläufiger sei. Zu ähnlichen Ansichten kommt Guillaume (151). — Franz (318) sieht in der Intubation eine Art von Prophylacticum, um womöglich die Tracheotomie zu vermeiden. — Baudrand (218) spricht über die gelegentlich nach der Intubation sich einstellenden Druckgeschwüre, Richardière (219) über die Contraindicationen bei der Tubage und über die Schwierigkeiten, die sich zuweilen bei der Detubation einstellen. Ueber den letzten Punkt äussert sich auch O'Dwyer (219) selbst. Lindner (470) sah nach der Intubation Narbenstenose und Membranbildung. — Warm empfohlen wird die Intubationsmethode von Jeffreys Wood; Plummer (370); Mole (471). — Verbesserungen des Intubations-Instrumentariums werden angegeben von Bartlett, Bauer, Fischer, Gedds (220). A. Kuttner.

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Kallius (263) ist der Ansicht, dass die Arytaenoidwülste, die für die Entwicklung des menschlichen Kehlkopfes von entscheidender Bedeutung sind, aus einem 5. Schlundbogenpaar hervorgehen. — Ueber die Grössen- und Gewichtsverhältnisse der einzelnen Kehlkopfknorpel geben die Untersuchungen von Bergeat (466) Aufschluss. — E. Meyer (467) unterscheidet unter den inneren Kehlkopfmuskeln 1. den Crico-thyreoid. antic., 2. den Crico-arytaenoid. postic. und 3. den

Sphincter glottidis. — Scheier (482) hat die Durchstrahlung des Kehlkopfes zum Studium der Verkalkung der Kehlkopfknorpel benutzt. — Reincke (263) fand, dass die Anordnung der elastischen Fasern des Lig. vocale, der Leisten und Gefässe den Richtungen des constanten Zuges, dem die Stimmlippen ausgesetzt sind, entspricht. Die Ausdehnung des Pflasterepithels entspricht der grössten Dehnung und Verschiebung der tieferen Theile. — Kokin (39) schloss auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen, dass die Secretionsfasern für Kehlkopf und Luftröhre bei Hunden im N. laryng. sup. verlaufen. Bei Katzen führt auch der Recurrens einen Theil der Secretions-Fasern. — Simon und Korn (508) berichten über eine interessante Bildungsanomalie: bei einem 56jährigen Manne, der an Trachealstenose zu Grunde gegangen war, fand man, dass der Oesophagus spiralförmig um die Trachea herumlief. — v. Czyhlarz (39) demonstrirt eine sackartige, dicht unter dem Kehlkopf liegende Ausbuchtung der Trachea. Die Wand dieses etwa nussgrossen Divertikels ist glatt und durchscheinend.

Meltzer (320) stellt Untersuchungen an über den Glottisschluss während des Schluckaktes. Er fand, dass gleich beim Beginn desselben die Glottis fest geschlossen wird, gleichzeitig mit der Contraction der Mylohyoidei und noch vor der Contraction des Constrictor pharyngis. Die Stimmlippen schliessen sich und die Aryknorpel neigen sich nach vorn. — Scheier (102, 376) hat die Röntgenstrahlen zum Studium der Lautbildung benutzt.

Nach Hellat (379) bringt die abdomino-diaphragmatische Athmung folgende Vortheile für die Singstimme mit sich: grosses Anpassungsvermögen der Abdominalmuskeln, geregelte Kraftübertragung auf die Luftsäule, Schaffung günstiger Resonanzverhältnisse für Brustkorb und Lungen. — Auch Barth (471) bespricht den günstigen Einfluss, den das Singen auf den Gesammtorganismus ausübt: Vertiefung der Athmung, Erhöhung der Capacität und des Stoffwechsels, Kräftigung der Musculatur etc. sind Momente von hervorragender Wichtigkeit, die durch das Singen günstig beeinflusst werden. — Murawjew (472) sieht den Ursprung der Sprache in der Fähigkeit, Töne hervorzubringen, die durch Nachahmung, Vervielfältigung, Zusammenstellung etc. zu Wörtern würden. — Marichelle und Hémandiquer (376) haben die Untersuchungen phonographischer Streifen zum Studium der Töne der Sprache wieder aufgenommen und fanden durch Photogramme derselben, dass sich jeder Vocal durch invariable Charactere, die ihm seine Individualität verleihen, auszeichnet. Die Intensität des Tones nimmt ab von den offenen Vocalen zu den geschlossenen. Die tiefen Töne bringen bei gleicher Intensität weniger tiefe Streifen hervor als die hohen. — Ueber die Resultate, die Muschold betreffs des Schwingungsmodus der Stimmlippen im Brust- und Falsettregister zu verzeichnen hatte, ist bereits im vorjährigen Jahresbericht (553) Mittheilung gemacht worden. — Réthi (102) sah bei der Untersuchung mittelst Stroboskops, dass bei Falsett und Mittelregister den Stimmlippen entlang Wellen laufen, die beim Brustton fehlen. — Muckey (379) betrachtet das Stimmorgan als ein Saiteninstrument. — Maljutin (378) sah einen günstigen Einfluss auf die Ausbildung der Singstimme durch die methodische Anwendung von Stimmgabeln. — Ueber die Stimmstörungen bei Sängern, bei Berufsrednern und deren Behandlung verbreiten sich ausführlicher: Posthumus Meyjes (101), der grossen

Werth auf eine richtige Athmungstechnik legt; Schech (102); Bottermund (273), der als Ausgangspunkt für Gesangsstudien Uebungen mit Flüsterstimme empfiehlt. Mit demselben Thema beschäftigen sich die Auseinandersetzungen von Krause, Heryng und Castex (117) gelegentlich des Moskauer Congresses. — B. Fränkel (480) demonstrirt einen Polyphonisten, dessen laryngoskopische Untersuchung ergiebt, dass bei der Hervorbringung der verschiedensten Töne die Glottisbildung immer die übliche ist und dass die eigenthümliche Tonbildung nur durch besondere Stellung des Ansatzrohres bedingt wird. — Gutzmann (103) fand durch die stroboskopische Untersuchung, dass die Eunuchenstimme die Charaktere der Fistelstimme zeigt. — Nach Bresgen (103) ist sowohl die zu hohe (Eunuchenstimme) als die zu tiefe Stimme (Strohbass) als Folge eines fehlerhaft verlaufenen Stimmwechsels zur Zeit der Geschlechtsreife anzusehen. Durch Stimmübungen und Fixation des Kehlkopfes von aussen konnten beide Autoren ebenso wie Kayser (103) diese Störung heben. Maknen (377) erzielte durch diese Methode einen ähnlichen Erfolg. Krause (377) giebt gleichfalls der Anschauung Ausdruck, dass die Eunuchenstimme als das Resultat eines von der Mutation her persistirenden Missverhältnisses in dem Wachsthum der Kehlkopfknorpel und der Stimmlippen anzusehen ist. — Die spastischen Stimmstörungen, die einen Coordinationsspasmus darstellen, hat Gutzmann (277) in ihre einzelnen Komponenten zerlegt. Er fand, dass beim Hauchen, Flüstern und bei ganzer Intonation die Muskeln nach einander in Aktion treten. Diese allmählich einsetzende Thätigkeit wirkt heilsam auf den Spasmus. — Oltuszewski (380) sieht in der Aphonia spastica nur eine besondere Art des Stotterns. — Gutzmann (105) bezeichnet als periodisches Stottern jene Fälle, bei denen in den Zwischenpausen die Sprache normal ist. Nach Zusammenstellungen aus der Militärstatistik zeigt die romanische Rasse die meisten, die slavische die wenigsten Stotterer; die germanische Rasse steht in der Mitte. — Eine ausführliche Abhandlung über das Stottern rührt her von Grünbaum (104). — Das Näseln kommt nach Sänger (104) nicht durch die Resonanz der in der Nase, sondern der im Nasenrachenraum befindlichen Luft zu Stande. Sänger erörtert den Modus des willkürlichen und unwillkürlichen Näselns. Er giebt einen Apparat an, der bei abnormer Communication zwischen Nase und Mundhöhle Athmung und Sprache bessert. —

Den Begriff des Kehlkopfkatarrhs sucht Heymann (113, 276) näher zu präcisiren. — Uchermann (127, 213, 553) beschreibt eine Laryngitis acuta rheumatica circumscripta nodosa, die sich durch das Auftreten von umschriebenen, sehr empfindlichen, röthlichen, derben Infiltraten kennzeichnet. Natrium salicylicum wirkt bei dieser Erkrankungsform ebenso gut wie bei Gelenkrheumatismus. Goldscheider, Hirsch, Gerhardt (214) haben ähnliche Fälle beobachtet. — Schech (553) versteht unter Laryngitis exsudativa diejenige Form von Kehlkopfentzündung, bei der es auf der Schleimhaut zur Exsudation kleinerer oder grösserer Mengen in Bläschen eingeschlossener Flüssigkeit (Miliaria, Herpes, Pemphigus etc.) oder zur Hyperämie mit seröser Imbibition und Schwellung kommt. — Harley (33, 214) erörtert die Nosologie der Laryngitisform, die sich im Verlauf oder im Anschluss an Varicellen gelegentlich einfindet und die unter Umständen zu schweren suffocativen Anfällen führt. — v. Stein (33) beschreibt eine eigenartige

Erkrankung des Kehlkopfes: die eine Stimmlippe des betreffenden Patienten war in eine schneeweisse Fläche verwandelt, aus der sich Schuppen von verhornten Epithelzellen abstiessen. — Langmaid (279) berichtet über 5 Fälle, bei denen er submucöse Blutungen in den Stimmlippen beobachtete. Katarrhalische Zustände bildeten das prädisponirende Moment, eine lebhafte Anstrengung die directe Veranlassung. — Beau (280) sah 3 Fälle mit recidivirenden Blutungen, bei denen zwar katarrhalische Erscheinungen bestanden, aber irgend welche Anstrengung als unmittelbare Ursache liess sich bei diesen Patienten nicht constatiren. — v. Geyer (556) sah submucöse Larynxblutungen, die Tumoren vortäuschten. — Variot und Glover (213) empfehlen für die Behandlung der acuten Kehlkopfentzündungen in der Kindheit das Einathmen einer mit Wasserdampf übersättigten Luft. — Cienglewicz (552) lässt zweimal täglich eine kalte 2proc. Ichthyollösung mittelst Zerstäubers inhaliren. Hermary (413) empfiehlt gegen Laryngitis Sisymbrium officinale. — Roe (553) musste bei 2 Kindern (1 bezw. 3 Jahre alt), bei denen acute Kehlkopfentzündungen hochgradige Dyspnoe hervorgerufen hatten, 6 Wochen lang Tuben tragen lassen. Bacillen waren in beiden Fällen nicht nachweisbar.

Bei den Gewebserkrankungen, die im Kehlkopf im Verlaufe des Typhus sich einstellen, unterscheidet Druon (34) drei Grade: 1. erythematöse, 2. ulceröse, 3. nekrotische Processe. Ein Fall, der die letztgenannte schwerste Form der Kehlkopfcomplicationen bei Typhus demonstrirt, wird von Denon (34) mitgetheilt. Auch Magee Finay (553) berichtet über einen Typhuspatienten, bei dem am 25. Krankheitstage laryngeale Symptome auftraten, herrührend von einem Ulcus zwischen dem linken Stimm- und Taschenband. Nachherige Narbenstenose zwang zum dauernden Gebrauch der Tracheotomie-Canüle. Sir George Duffey (554) verlor einen Typhuskranken durch einen Abscess, der an der hinteren und äusseren Fläche des Ringknorpels lag. Das Kehlkopfinnere war frei von Ulceration. — Przedborski (98) erörtert die Muskellähmungen, die im Verlaufe des Unterleibs- und Flecktyphus sich einzustellen pflegen. Er sah 25mal beim Abdominaltyphus und 7mal beim Flecktyphus Lähmungserscheinungen im Kehlkopf. Er glaubt, dass dieselben häufiger sind, als man bisher anzunehmen pflegte; sie entstehen im fieberhaften Stadium wie in der Reconvalescenz. Ihr Verlauf ist meist ein gutartiger. Von Interesse ist, dass der Verf. angiebt, Fälle gesehen zu haben, die in ihrem Entstehen und Verschwinden Abweichungen von dem Rosenbach-Semon'schen Gesetze zeigten. — Mollard und Bernoud (98) sahen im Verlaufe von Typhus doppelseitige Posticus- und Gaumensegelparese, die einen schweren Erstickungsfall auslösten, aber schliesslich in Heilung übergingen. — Chiari (33) bringt eine ganze Reihe selbst beobachteter, acut infectiöser, primärer, submucöser Laryngitiden zur Mittheilung, auf Grund deren er die Pathologie dieser und der verwandten Affectionen bespricht. Er schliesst sich der Meinung von Kuttner und Semon an, die für die Zusammengehörigkeit aller Processe eingetreten sind, bei denen eine ödematöse, plastische oder eitrige Infiltration im Larynx statthat. Mit den genannten Autoren scheidet Chiari diese Erkrankungen in zwei Gruppen, von denen die eine durch die Laryngitis submucosa acuta infectiöser und nicht infectiöser Natur repräsentirt wird, während die zweite die

Larynxödeme ohne activen Reizzustand des Kehlkopfes umfasst. Eine besondere Stellung wünscht Chiari für die Abscesse des Larynx reservirt zu sehen, die nach seiner Meinung eine grosse Aehnlichkeit mit den Furunkeln der Haut haben. — Casuistische Mittheilungen über Larynxabscesse rühren her von Koschier (63) — Chiari (64) — Richardson (414) — Ewing (554). — 2 Fälle von Jodödem, von denen der eine einseitig war, werden berichtet von Stankowski (214).

Koschier (158) hat in 19 Fällen, die das bekannte, bisher als Prolapsus ventriculi Morgagni bezeichnete Bild zeigten, Gelegenheit gehabt, den histologischen Befund zu erheben. 16mal stimmte derselbe mit den B. Fränkel'schen Angaben überein (einen gleichen Befund hatte Zwillinger (354) erhoben); 2mal handelte es sich um Retentionscysten der Schleimdrüsen und 1mal um ein Myxofibrom, welches durch Zerrung einen Prolaps verursacht hatte. — Worthington (565) demonstrirt ein junges Mädchen, das einen wirklichen Prolaps aus dem Morgagni'schen Ventrikel zeigt. — Ueber einen Fall von Pemphigus laryngis berichtet Irsai (352). — Baurowicz (215) glaubt, dass die unter der Bezeichnung Laryngitis hypertrophica hypoglottica beschriebenen Fälle (Sokolowski, Kuttner) wohl meist Sklerome gewesen sein dürften. Als Beleg für seine Anschauung citirt er (555) noch einen Fall, der zum ersten Male im Jahre 1881, dann 1888 und endlich 1897 laryngeale Erscheinungen zeigte. Bei der letzten Vorstellung fand sich auch ein Infiltrat in der Nase, in dem sich die Beweise für die skleromatöse Natur der Erkrankung vorfanden. Störk (477) demonstrirt ein Sklerom des Kehlkopfes und der Luftröhre, das Veränderungen in der Nase und im Nasenrachenraum aufwies. Weitere 4 Skleromfälle werden vorgeführt von Ebstein (63). Unter diesen befindet sich einer, bei dem einige Zeit nach Vornahme der tiefen Tracheotomie und nach Ablauf einer gleichzeitigen Bronchitis die früheren Infiltrate sich durch narbige Schrumpfung allmählich abflachten.

Ueber die Resultate, die durch Tuberculinum R bei Tuberculose und Lupus erzielt werden, berichten die Arbeiten von Bussenius (36), Herzfeld, Gerber und Prang (37); Hennig (394). Die bisherigen Ergebnisse gestatten noch kein abschliessendes Urtheil. Beim Lupus wurde des öfteren eine wenigstens vorläufige Abheilung constatirt. Bei Larynx- und Pharynxtuberculose zeigte sich zwar auch im Verlauf der Behandlung in einzelnen Fällen eine Besserung, in vielen Fällen dagegen trat eine unverkennbare Verschlechterung ein. — Nach Mouton (37) ist sogar der Werth des Tuberculins als Diagnosticum bei der Tuberculose des Menschen ein geringer. — Eine ausführliche Discussion über die ersten Zeichen der Kehlkopftuberculose, ihre Symptomatologie und Therapie fand statt in der oto-laryngologischen Gesellschaft zu Brüssel (235), die von Rousseaux und Cheval eingeleitet wurde. Als Prodromalstadium wurde eine katarrhalische und eine anämische Form charakterisirt. — Ueber die Combination von Lues und Tuberculose handelt Griffin (414). — Die Behandlung der Larynxtuberculose war Gegenstand einer eingehenden Discussion auf dem Moskauer Congress (110), die von Gleitsmann eingeleitet wurde. Zahlreiche Redner theilten ihre Erfahrungen mit: bedeutsame Neuerungen wurden nicht zur Kenntniss gebracht. Die chirurgische Behandlung wird neuerdings wieder empfohlen von

Flatau (38), Resection der tuberculösen Epiglottis; Srobrny, Ilisch (38). Murray (294); Botey (417); Desold (556); Schmidt (277). — Günstige Erfolge werden nachgerühmt dem Guajacol von Permewan (34); Knight (35): Coultier (35); Whalen (36) und Donelan (417). — Magenau (394) empfiehlt Phenolum sulfo-ricinosum. — Solis-Cohen (35) empfiehlt als locales Anaestheticum in nicht allzu schweren Fällen von tuberculösen Ulcerationen das Bromoform. Er misst dem Jodoform, Chloroform, Bromoform und auch dem Formaldehyd specifische, antituberculöse Eigenschaften bei. — Botey (36) hält es für rathsam, bei der Larynxtuberculose die Milchsäure mit Carbolsäure und Glycerin vermischt zu gebrauchen. Er glaubt auf diese Weise die starken Reizungen, welche durch wässrige Milchsäurelösungen bedingt sind, zu mildern. — Scheppegrell (416) empfiehlt die Electrolyse bei der Tuberculose des Kehlkopfes. — Goris (235, 238) räth zur Thyreotomie bei Larynxtucerculose, weil seiner Meinung nach noch keine andere Therapie dieser Erkrankung Herr geworden sei. Auch Deslaux, Gevaert, Rousseaux, Gaudier haben noch nie einen Fall von Larynxtuberculose heilen sehen; Gaudier bezweifelt, ob die als geheilt mitgetheilten Fälle wirklich tuberculös gewesen seien. Bayer hält demgegenüber daran fest, dass mit und ohne Behandlung schon sichere Heilungen von Larynxtuberculose zu Stande gekommen seien.

Die Pathogenese des Lupus, dessen tuberculöse Natur nicht mehr zu bezweifeln sei, wird ausführlich von E. Meyer (294) besprochen. Weshalb seine Erscheinungsform so sehr von der gewöhnlichen Tuberculose abweiche, ist bisher nicht zu erklären. — Nach Wright (295) lässt sich eine scharfe Trennung zwischen Lupus und Tuberculose des Kehlkopfes nicht durchführen. — Casuistische Fälle von Kehlkopflupus werden mitgetheilt von Peplau (34): Baumgarten (351); William Hill (563) u. a. m. — Ebstein (58) zeigt eine Larynxstenose, die durch leukämische Infiltration des subchordalen Raumes bedingt war. Diese ähnelte sehr der tuberculösen Infiltration. — Barnick (557) hatte ebenfalls Gelegenheit, leukämische diffuse Infiltration der Schleimhaut zu beobachten, welche Dyspnoe, Ulcerationen, Blutungen und Knorpelerkrankungen im Gefolge haben kann. — Sutherland und Lack (264) haben 18 Fälle von congenitalen Kehlkopfverengerungen zusammengestellt; sie glauben, dass der Stridor in derartigen Fällen bedingt werde durch ein nach Innenfallen der oberen Theile des Kehlkopfes beim Inspirium. Des weiteren demonstrirt Lack (567) ein 6jähriges Mädchen und einen 3jährigen Knaben, die seit ihrer Geburt unter Stridor gelitten haben. Dieser wurde durch eine inspiratorische Ansaugung der Ligg. ary-epiglott. und durch eine stärkere Krümmung und Faltung der Epiglottis bedingt. — Ebstein (184) empfiehlt Larynxstenosen nach geschehener Tracheotomie dadurch zu erweitern, dass man von der Tracheotomiewunde aus mittelst eines Katheters einen Gummischlauch durch die Stenose hindurchführt, wodurch schnell ein günstiger Erfolg erzielt werde. — Ueber eine eigenartige Stenose der Trachea, die durch ein peritracheo-bronchiales Syphilom und fibrinöse Neubildungen bedingt war, berichtet Audry (555). — Diaphragmen des Kehlkopfes, die zu Sprach- oder Athmungsstörungen Veranlassung gaben, werden des weiteren mitgetheilt von Chiari (215), Taran (215), Lacoarret (264). — Kuttner (479)

demonstrirt ein Larynxpräparat, das einen vom Perichondrium des Ringknorpels ausgehenden, die subglottischen Gewebe vor sich herdrängenden, im Centrum zerfallenden Gummiknoten aufwies, der von anderer Seite als Carcinom angesehen worden war.

Zahlreich sind die Mittheilungen, die über Kehlkopftumoren erfolgt sind. Geschwülste des Kehldeckels sahen: Gaudier (158), Horne (560): Cysten; E. Winckler (158): Lymphangiom; Chiari (264): Polyp. — Von weiteren Beobachtungen über Kehlkopftumoren heben wir hervor: Raugé, Benda und Borchert (158): Laryngocele ventricularis; Martuscelli (160): Amyloidtumor; Raoult (265): Myxom; Harlow (292): subglottisches Fibrom. — Die Stimmbandpolypen betrachtet Swiezinski (467) nicht als Fibrome, sondern nur als circumscripte Hypertrophien entzündlicher Natur; zwei von den Tumoren, die er untersuchte, bildeten die Veranlassung zu wiederholtem Blutspeien. — Sängerknötchen entstehen nach Curtis (233) durch falsche Methodik der Stimmbildung. Die Behandlung besteht in gymnastischen Uebungen der inneren Kehlkopfmuskeln. Ihr Ziel ist, die Stimmlippen an eine neue Art der Vibration zu gewöhnen. — Freudenweiler (160) beobachtete multiple Papillome des Kehlkopfes und des harten Gaumens bei einem einjährigen Kinde. — Massei (160) kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluss, man solle bei Kindern Papillome per vias naturales zu entfernen versuchen, sobald keine Gefahr mehr zu befürchten ist, dass der Tod durch Glottiskrampf eintreten könne. Sonst begnüge man sich mit der Tracheotomie und warte, ob die Tumoren sich nicht von selbst zurückbilden. Nur im äussersten Falle ist die Laryngofissur gerechtfertigt. — Catti und Chiari (115) leiten während des internationalen Congresses zu Moskau die Discussion über das Carcinoma laryngis ein. Chiari, Krause und Heryng rücken den Werth der mikroskopischen Untersuchung probeweis excidirter Stücke wieder mehr in den Vordergrund, da in der letzten Zeit diese Untersuchung gegenüber der klinischen Beabachtung etwas in den Hintergrund gedrängt schien. Während B. Fränkel (164) für gewisse, sorgsam auszuwählende Fälle endolaryngeale Eingriffe als curative Maassnahmen empfiehlt, sind dieselben nach Chiari von geringerem Werth. Der Abschluss der Trachealwunde gegen den Pharynx hin und das Annähen der vorderen Trachealwand an die Haut des Halses, eine Methode, auf deren Urheberschaft von verschiedenen Seiten Anspruch erhoben wird, wird von allen Seiten gerühmt. — Von den sehr zahlreichen Mittheilungen (161, 162, 266, 386), die sich auf die chirurgische Behandlung der malignen Kehlkopfgeschwülste beziehen, heben wir hervor diejenigen von Czwiklitzer, Gluck (163), Graf (164), Semon (165), v. Bergmann (266). All' diese Autoren, die ihre eigenen Beobachtungen mittheilen, haben in der letzten Zeit durch die Vervollkommnung des Operationsverfahrens und durch besonders sorgfältige Nachbehandlung wesentlich bessere Erfolge als früher erzielt. Die ausserordentlich guten Resultate, die Gluck erzielt hat, lassen diesen Autor die Grenze für die Operirbarkeit eines Tumors wohl etwas weiter stecken, als dies die anderen Autoren thun; alle aber sind darin einig, dass in Zukunft das Hauptaugenmerk auf eine möglichst frühzeitige Diagnose zu richten sei, damit die Operation möglichst früh und möglichst wenig eingreifend werde. Aehnlich lautet die Ansicht von

Bryson Delavan (436), der aber den in jüngster Zeit gemeldeten günstigen Erfolgen etwas misstrauisch gegenübersteht, da, wie er glaubt, wohl viele ungünstig verlaufende Fälle unterdrückt werden. Er räth, die Tracheotomie der Operation eine Weile voranzuschicken. — Casuistische Beiträge liefern ferner Flemming, Philipps (468), Bark (522) u. a. m. — Ueber ein Fibrosarcom, das in kurzer Zeit 7 aufeinander folgende Eingriffe nothwendig machte, berichtet Rosenfeld (265). — In einer Mittheilung von Ward (232) wird die Umwandlung eines Papilloms in einen malignen Tumor erörtert. Es handelte sich um eine 17-jährige Patientin, bei der ein intralaryngealer Tumor entfernt wurde, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Papillom erwies. 20 Monate später machte ein Recidiv des Tumors die Tracheotomie und Laryngotomie nothwendig; der Tumor zeigte jetzt die Characteristica des Adeno-Epithelioms. Es wurde nunmehr der ganze Kehlkopf mit Epiglottis und ein Stück des Oesophagus entfernt. Trotzdem trat ein neues Recidiv auf und die Patientin starb 3 Jahre nach dem ersten Auftreten der Geschwulst an Erschöpfung. — Ein Spindelzellensarcom der Trachea wurde beobachtet von Chiari (66). — Ueber eine Compression der Luftröhre durch eine Aortenaneurysma berichtet Mader (99).

Zu einer eingehenden Discussion über das Semon'sche Gesetz kam es auf Grund einer Publication von Grossmann (328, 338), in welcher derselbe behauptete, dass das bisher als Posticuslähmung gedeutete Kehlkopfbild der totalen Recurrenslähmung entspreche, und das, was man bis dato als Recurrenslähmung anzusehen gewohnt war, soll bedingt sein durch eine Lähmung des Nv. laryng. infer. + einer Lähmung des Nv. laryng. sup. Gegen diese Behauptung und gegen die Beweisführung, welche die früher zur Stütze der Semon'schen Lehre angezogenen Beobachtungen zu entkräften sucht, haben eine ganze Reihe von Autoren Einwände erhoben: Semon (333), O. Rosenbach, B. Fraenkel (337), Grabower (340), Friedrich (342), Kuttner und Katzenstein (B. Fraenkel's Arch. Bd. VIII. H. 1), Klemperer (508). All' diese haben aus klinischen, experimentellen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen heraus, den Nachweis führen zu können geglaubt, dass die Grossmann'sche Theorie nicht der Wirklichkeit entsprechen kann. Eine weitere Stütze für das Semon'sche Gesetz dürfte sich aus einer Arbeit von Gerhard (343) ergeben, in welcher der Nachweis geführt wird, dass bei der Lähmung des Nv. peroneus ähnliche Verhältnisse nachweisbar seien, wie bei derjenigen der Nv. recurrentes. — Des weiteren befindet sich in vollem Einklang mit den bisher herrschenden Anschauungen von der Recurrenslähmung eine Mittheilung von Schulz (508) aus der Gerhard'schen Klinik. Es handelte sich hier um einen syphilitischen Tabeskranken, der mit rechtsseitiger Posticuslähmung aufgenommen wurde. Unter den Augen der Aerzte entwickelte sich erst rechts, dann links eine complete Recurrenslähmung, indem zuerst der Posticus, dann der Internus und schliesslich der M. crico-arytaenoideus lateralis seine Function einstellte. In umgekehrter Reihenfolge stellten sich auf eine Schmierkur hin die Functionen der verschiedenen Muskeln wieder her; nur die Postici blieben nach kurzer Erholung dauernd geschädigt. — Auch Texier und Mirollié (567) berichten von einem Patienten, bei dem die anfangs in Medianstellung befindliche Stimmlippe mehr und mehr in Cadaverstellung

überging. Weitere Fälle von einseitigen Recurrenslähmungen werden mitgetheilt von Somers, Ortner, Mc Kee (99); Spicer (560), Dundas Grant (567) (Recurrenslähmung auf Grund von Alkoholmissbrauch) u. a. m. — Die Casuistik der doppelseitigen Recurrenslähmungen wird vermehrt durch B. Fraenkel (429), Beale (519), Herzfeld (Berl. laryng. Gesellsch. Juli 1898) und Chiari (61, 507), der einen Kranken vorstellt, bei dem im Februar 1895 eine völlige Lähmung der linken Kehlkopfhälfte und der linken Stimmlippe constatirt wurde. Der Patient litt an einem Aneurysma des Arcus aortae. Seit Mai 1896 etwa bemerkt man, dass das linke Taschenband bei der Phonation sich stark nach innen bewegt. Chiari hält es für möglich, dass durch irgend welche Schrumpfungsvorgänge im Aneurysma der früher ganz zusammengedrückte Recurrens theilweise entlastet wurde.

Petrén (507) berichtet über 2 Tabesfälle, bei denen sich Dyspnoe, Larynxkrisen und Paralyse der Erweiterer eingestellt hatten. Nach der Section fand sich eine Degeneration der Vago-Assessorius-Kerne und der peripheren Nerven. Die Degeneration war aber immer in den zu den Erweiteren gehenden Fasern am weitesten vorgeschritten. — Hoffmann (506) sah eine linksseitige Hypoglossus- und Vago-Assessorius-Lähmung, die durch Compression der Nervenwurzeln in Folge eines Tumors an der hinteren Rachenwand bedingt war. — Bei disseminirter Sclerose sahen Batten und Horne (100) vollkommene Anästhesie des Rachens und des Kehlkopfes. — Bei Hemiplegie fanden Kattwinkel und Marie (101) Störungen der Rachen- und Kehlkopfreflexe, und zwar bei linksseitiger Hemiplegie häufiger als bei rechtsseitiger. — Horne (518) demonstrirt einen Fall von Syringomyelie mit Parese des linken Gaumens und Abductor-Lähmung des linken Stimmbandes. — Collet (328) sah bei Glosso-Labialparalyse Adduction und Abduction der Stimmbänder mangelhaft vor sich gehen. — Bei progressiver Muskelatrophie constatirt Gevaert (328) Atrophie des rechten und 4 Jahre später auch des linken M. posticus. — Mit der Bezeichnung Spiegelsprache belegt Baudouin (100) eine Sprachstörung, die bei einem Mädchen von 12 Jahren, das wegen eines Gehirnabscesses nach Meningitis trepanirt worden war, auftrat. Die Störung bestand darin, dass das Kind, ohne sich zu irren, alle Silben invertirte; es sagte z. B. statt Tan-te Te-tan. — Grabower (325) kann die Onodi'schen Angaben (326), wonach 8—12 mm hinter dem Vierhügelpaar ein Phonationscentrum liegen soll, nach den Ergebnissen seiner Untersuchungen nicht bestätigen. Dagegen fand er ein Phonationscentrum, dass 14—16 mm hinter den Vierhügeln liegt. — Casuistische Beiträge zu dem Kapitel der hysterischen Aphonie werden geliefert von Brown, Raymond, Follet, Woskresenski, Cronzillac (326 bis 327).

Die Aetiologie des Laryngo-Spasmus sieht Strübing (322) in einer krankhaften Erhöhung der Erregbarkeit, der zufolge schon ganz geringfügige Reize im Stande sind, krankhaften Verschluss des Kehlkopfes auszulösen. Neurasthenie, Hysterie, Chorea, Tetanie, Tetanus, Rachitis können derartige Zustände bedingen. Strübing glaubt, dass der Druck auf einen Recurrens genüge, um doppelseitigen Spasmus auszulösen. Bei der Dentition, bei Erkrankungen des Verdauungstractus, bei Erkrankungen der Nase etc. ist der Laryngospasmus als pathologischer Reflex

aufzufassen. — Herzfeld (323) beobachtete bei einem 5 Monate alten Kinde inspiratorischen Stridor mit starker episternaler Einziehung, wofür sich keine Ursache ausfindig machen liess. — Noguis und Sirol (324) berichten über einen Kranken, bei dem sich im Anschluss an eine heftige Gemüthsbewegung 15 bis 18mal am Tage eine plötzliche, krankhafte Contraction aller Exspirationsmuskeln einstellte; die übliche Therapie blieb erfolglos. — Lewin (94) sah bei einem Kinde wiederholentlich Stimmritzenkrampf auftreten, sobald die Ammenmilch durch Kuhmilch ersetzt wurde. — Askine (506) beobachtete ein Kind, das im Laufe weniger Monate wiederholentlich Anfälle von Glottiskrämpfen durchmachte, die immer durch den Durchbruch von Zähnen ausgelöst wurden. Das Reiben des Zahnfleisches genügte, um einen typischen Anfall hervorzurufen. — Hunter (506) hat den traurigen Fall zu verzeichnen, dass in einer Familie 2 Kinder, das eine 15, das andere 7 Monate alt, innerhalb von 2 Tagen durch Larynxspasmus, der auf Rachitis zurückzuführen war, zu Grunde gingen. — Jacquin (321) sieht das Characteristische des Rachenhustens darin, dass derselbe durch das Gefühl eines Fremdkörpers im Rachen oder Kehlkopf hervorgerufen wird. — Anderson (505) weist darauf hin, wie oft der Husten reflectorisch von pathologischen Zuständen in Nase und Hals bedingt sei, und warnt vor der Einseitigkeit, die immer nur in den Lungen die Ursache des Hustens entdecken wolle. — Fayolle (95) sieht gemäss der Garel'schen Theorie in dem Ictus laryngis, von dem er 6 Fälle gesehen hat, eine Reflexerscheinung, vermittelt durch den N. laryngeus sup. Die Hustenstösse bedingen eine Circulationsstörung im Gehirn und den Verlust des Bewusstseins.

Czaplewsky und Hensel, Zusch (508) fanden bei Keuchhusten Kurzstäbchen, die den Influenzabacillen ähnlich sind, und halten diese für die Erreger der Krankheit. — Zur Behandlung des Keuchhustens werden empfohlen: Resorcin von Roskam (321); Benzoin, Bismuth. salicyl. ana 10,0 Chinin. sulf. 2,0 als Naseninsufflation von Moizard (321); Chinin von Fleming (321)) Antipyrin von Urban, Sonnenberger (322).

Stuffer (327) unterscheidet bei toxischen Aphonien: 1. organische, 2. mechanische, 3. adynamische Zustände. Bei den an erster Stelle angeführten Vergiftungen (Phosphor, Arsen, Blei etc.) liegt Schädigung des nervösen oder musculären Apparates vor (Parese, Paralyse, Krampf). Mechanisch zerstörend wirken Schwefel und Salpetersäure, Ammoniak, Aetzkali, Jod, Chlor, Brom etc. Als adynamisch bezeichnet er die durch Allgemeinwirkung des Giftes hervorgerufenen Stimmstörungen, die durch Quecksilber, Antimon, Blausäure, pflanzliche, metabolische Gifte u. s. w. bedingt werden. — Réthi (32) sah bei 2 Patienten in Folge von längerem Arsenikgebrauch Entzündungserscheinungen des Kehlkopfes und der Luftröhre auftreten, die nach dem Aussetzen der Arsenik-Medication verschwanden. — Bei gewerblicher Verarbeitung von amorpher Salicylsäure sah Ebstein (55) ödematöse Geschwülste in der Gegend des Processus vocalis bei starker Schwellung der Trachealschleimhaut. — Koschier (55) zeigt eine Patientin, die überfahren wurde und dadurch eine Fractur des rechten oberen Schildknorpelhornes erlitt. — Hajek (56) sah eine senkrechte Fractur des Schild-

knorpels, bei der ausser einer geringen Blutung und Heiserkeit keinerlei Folgen bemerkt wurden. — Scheff (56) verlor einen Kranken, der durch einen Hufschlag eine Fractur des Ringknorpels erlitten hatte, trotz vorgenommener Tracheotomie. Nach den von Scheff angestellten Versuchen bricht der Schildknorpel leichter als der Ringknorpel. Am widerstandsfähigsten sind die Knorpel nach gänzlicher Ossification. Vor Beginn der Verkalkung, also im jugendlichen Alter, bieten die Knorpel auch noch erheblicheren Widerstand als bei theilweiser Verknöcherung. — Bei Schnittwunden des Halses (Selbstmordversuchen) wird allseitig eine sorgfältige Vernähung der Wundränder empfohlen. Tracheotomiecanüle und Fütterung durch Schlundrohr sind nicht immer nothwendig (Mehrer, Platt (216), Morris, Hogarth (267)]. — Park (267) berichtet über einen Patienten, der durch ein Trauma eine Zerreissung der Trachea erlitt. Am Tage des Unfalls nahm der Kranke keine Notiz von demselben; erst 24 Stunden später traten Dyspnoe, Cyanose, Schwellung und Fieber ein. Bei der Incision entleerte sich Luft und Eiter. Der Patient genas. Einen weiteren Fall von Ruptur der Luftröhre theilt Alcock (380) mit. — Zahlreich sind die Berichte über Fremdkörper, die aus dem Larynx, der Trachea oder Bronchien entfernt wurden (216 bis 218, 468).

Kirstein (504) bespricht die Vortheile einer rationell ausgeführten Spateluntersuchung; des weiteren (157) macht er den Vorschlag, diese Spateluntersuchung mit der Einführung eines kleinen Spiegels zu verbinden, wodurch ein gutes Bild der vorderen Kehlkopfpartien erzielt werde. Fernerhin bringt derselbe Autor (466) eine Abhandlung, in der die Grundzüge einer allgemeinen Lämoskopie (Halsbesichtigung) erörtert werden. — Ueber die Kirstein'sche Autoskopie berichten Thorner, Stein und Santorph, Walker, Downie (157) übereinstimmend, dass es in einer nur relativ kleinen Anzahl von Fällen gelingt, mittelst dieser Methode ein vollkommnes Bild des gesammten Kehlkopfes zu erhalten. — Mermod (552) führt unter Leitung des gewöhnlichen Kehlkopfspiegels noch einen zweiten Spiegel in das Innere des Larynx, um auf diese Weise die sonst besonders schwierig zugänglichen Partien besichtigen zu können. — Killian (505) berichtet über erfolgreiche Versuche, die Wände der beiden Hauptbronchien durch Einführung trichterförmiger Röhren vom Munde her dem Auge zugänglich zu machen. — Körner (548) sterilisirt die mit Quecksilber belegten und in Kupfer gefassten Spiegel in kochender Sodalösung.

Instrumente.

Laryngostroboskop von Spiess (376).
Eine Modification des Escat'schen Spatels von Petersen (477).
Ein neuer von Bonn angegebener Kehlkopfspiegel von Bauer (504).
Instrument zur Dilatation der Trachealstenosen von Roe (553).
Neue Trachealcanüle von Semon (558).
Spritze zur submucösen Larynxinjection von Donelan (558).

A. Kuttner.

F. Schilddrüse.

Soulier und Verdun (268) fanden bei ihren Untersuchungen über die ersten Bildungsphasen der Thyreoidea media, dass dieselbe sich aus einer einzigen Knospe, die bald voll, bald hohl ist, entwickelt. Christiani und Ferrari (419) fanden, dass das Gewebe implantirter Nebenschilddrüsen stets seinen eigenthümlichen Charakter beibehielt und sich nie zu normalem Schilddrüsengewebe entwickelte. Voogt (105) schildert den Bau, die Functionen, die Folgen der Totalexstirpation der Schilddrüse, sowie die pathologisch-anatomischen Befunde nach Thyreoidectomie; des ferneren beschreibt Voogt Schilddrüsenexstirpationsversuche an 15 Hunden und 3 Kaninchen und die Wirkung des Jodothyrins bei einigen dieser Thiere, sowie bei 3 Kropfpatienten in Bezug auf Temperatur, Gewicht, rothe und weisse Blutkörperchen. Holdberg (41) fand, dass Kaninchen, denen die Schilddrüse exstirpirt wurde, im Wachsthume zurückbleiben oder Symptome des echten atrophischen Cretinismus zeigen. Gley (344) weist auf die functionelle Bedeutung der Nebenschilddrüsen hin. Schöndorff (474) stellte fest, dass bei langer Verfütterung von Schilddrüsen das Gewicht der Thiere abnahm, das Körpereiweiss aber erst angegriffen wurde, wenn alles Fett aufgezehrt ist; die Stickstoffausscheidung war nur im Anfang grösser als die Aufnahme. In einer Studie über Einwirkung von Hypophysis und Thyreoidea auf den Stoffwechsel kam Schiff (42) zu dem Resultat, dass die Hypophysis eine auf den Stoffwechsel energisch einwirkende Substanz enthält. Magnus-Levy (166) zieht aus der Behandlung eines Falles von Myxödem, in dem Jodkali keine, dagegen Thyrojodin wichtige Wirkungen der Schilddrüsenverfütterung zeigte, den Schluss, dass das Jod in seinen anorganischen Verbindungen nicht oder doch nicht in gleicher Schnelligkeit auf den Stoffwechsel wie das Thyrojodin wirkt. Katzenstein (167) fand in der Schilddrüse Degeneration nach Exstirpation der zuführenden Nerven. Mabille (472) giebt eine kritische Uebersicht über die Physiologie der Schilddrüse. Rositzky (269) bestätigt die Richtigkeit der Baumann'schen Befunde, dass besonders der relative Gehalt der Kröpfe an Jod geringer ist, als der normaler Drüsen. Nach de Cyon (418 u. 509) bildet die Schilddrüse die Jodsalze, die eine lähmende Wirkung auf die Regulation des Herzens und der Circulation ausüben, in eine organische Substanz um, welche den Regulationsapparat excitirt. Die Schilddrüse ist ferner ein präservativ wirkender Apparat zum Schutze des Gehirns gegen Blutandrang. Diese doppelte Function der Schilddrüse wird geleitet vom Herzen. Goldberg (268) studirte den Einfluss der Entfernung der Schilddrüse bei jungen Thieren auf die Entwickelung des Organismus, besonders des Schädels und des Gehirns. Prokrowski (268) stellte fest, welchen Einfluss die Entfernung der Schilddrüse bei Hunden auf die quantitative und qualitative Zusammensetzung der weissen Blutkörperchen hat. Nach Wormser (380) verhindert weder Thyrojodin noch Thyreoalbumin bei thyreoidectomirten Hunden das Auftreten der acuten Tetanie und den Tod; dagegen verhindern Thyraden und die Schilddrüsensubstanz selbst, zeitig gegeben, die Tetanie. Neilson (558) stellte fest, dass nach 0,05—0,3 g Schilddrüsenextract Puls und Athmung beschleunigt

werden, die Temperatur steigt, der Stoffwechsel gehoben wird, das Körpergewicht abnimmt. Nach Cyon (41 u. 268) enthält der N. depressor Fasern, die direct auf die Schilddrüse einwirken. von Vamossy und Vas (345) fanden, dass das Jodothyrin eine specifische Wirkung nur durch Veränderung des Stoffwechsels entwickelt. Nach Blumreich und Jacoby (41) ist den Nebenschilddrüsen des Kaninchens eine directe physiologische Wirkung zur Schilddrüse abzusprechen. Goldberg (268) studirte den Einfluss der Schilddrüsenentfernung bei jungen Thieren auf die Entwickelung des Organismus, besonders des Schädels und des Gehirns.

Verhoogen (270) beschreibt einen Fall von multiplen symmetrischen Lipomen, vergesellschaftet mit anderen trophischen und vasomotorischen Störungen bei Struma exophthalmica, Friederichs (509) einen Fall von Carcinom der Schilddrüse mit Metastasenbildung in der Pleura, der linken Lunge, im Pericard und in der Leber. Nach de Coulon (42 u. 510) zeigen die Schilddrüsen bei Cretinen Schwund des Epithels, schwache oder ausfallende Function der nicht ganz atrophischen Epithelpartien. Frank (167) giebt die Krankengeschichte eines cystischen Carcinoms der Schilddrüse, Franckel (344) die eines primären Melanosarcoms der Schilddrüse. Erlangen (43) beschreibt einen Fall von Struma colloides sarcomatosa, Rabé (270) ein substernales Sarcom der Schilddrüse. Bei der Beschreibung eines Falles von bronchiogenem Epitheliom des Halses und versprengter Epitheliome der Schilddrüse zeigt Berger (420), dass die Geschwulst ihren Ursprung in den epithelialen Resten einer in das tiefe Zellgewebe des Halses versprengten Nebenschilddrüse habe. Guinon (560) beschreibt ein Carcinom der Schilddrüse, das in die Trachea hineingewuchert war.

Farner (107) studirte die pathologische Anatomie von zehn Basedowstrumen. Potain (222) giebt eine klassische Beschreibung der Basedow'schen Krankheit mit der bekannten Symptomentrias Exophthalmus, Kropf, Herzstörungen, dann dem charakteristischen Zittern der Hände, Störungen der Secretion (Schweisse) und der Vasomotoren (Wärmegefühl), der Verminderung des electrischen Widerstandes. Hays (222) hält eine klinische Vorlesung über die Basedow'sche Krankheit. Smith (382), Killebrew (382) berichten kurz über Basedow'sche Krankheit. Pitres (382), Souques und Marinesco (473), Lannois (510) beschreiben Fälle, in denen sich die Basedow'sche Krankheit mit Diabetes mellitus complicirte. Hayem (381) veröffentlicht einen Fall von Basedow'scher Krankheit, complicirt mit Chlorose und Hysterie. Ferrari (345) findet bei Basedow'scher Krankheit den Rhythmus der Herzaction verändert. Nach Liégeois (420) kommen bei Basedow'scher Krankheit vier Arten von Oedem vor: das Oedem cardialen Ursprungs, das dyskrasische Oedem, das mit Albuminurie und das vasomotorischen Ursprungs. Buller-Allan (420) publicirt einen letalen Fall von Basedow'scher Krankheit, Davis (381) einen Fall von Basedow'scher Krankheit, Voron (559) einen Fall von substernalem Kropf mit Basedow'schen Symptomen. Nach Solis-Cohen (510) wirken bei Basedow'scher Krankheit die Thymuspräparate mehr auf die Schilddrüsen- und Augensymptome, die Nebennierenpräparate mehr auf die Circulation. Hutchinson (420) empfiehlt zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit Bromkali 1,2 g 3mal tägl., Redact. Mitth. (420) empfiehlt Regelung der Diät mit vorsichtiger

Verordnung eines Schilddrüsenpräparats. — Kerley (222) heilte einen Fall von Basedow'scher Krankheit durch Gebrauch von Thyroidextract, Nammeck (271) besserte einen Fall, den er mit Schilddrüse behandelte, Sutcliffe (161) heilte einen Fall durch Thymus-Tabloids. Die Thyroidectomie ist nach Poncet (383) bei Basedow'scher Krankheit nur angezeigt bei absolut drängenden Symptomen oder bei der Pseudo-Basedow'schen Krankheit. Nach Wette (46) wird die Basedow'sche Krankheit am besten mit partieller Exstirpation der Strumen behandelt. In einem Falle, bei dem Verhoef (168) wegen Basedow'scher Krankheit die Thyroidectomie machte, trat 5 Tage später unter Symptomen der Tachycardie der Tod ein. Sänger (107) beobachtete nach der Operation (welcher? Ref.) bei Basedow'scher Krankheit eine Steigerung aller Symptome. Doyen (271, 345) machte in 2 Fällen Basedow'scher Krankheit mit gutem Erfolge die Thyroidectomie. Lejars (222) beobachtete in einem Falle nach partieller Thyroidectomie bei Basesedow'scher Krankheit schnellen Tod. Valemon (271) giebt eine allgemeine Uebersicht über die Basedow'sche Krankheit. Schwartz (223) brachte einen Fall von Basedow'scher Krankheit mit vorgeschrittener Cachexie durch intraglanduläre Ausspülung der Geschwulst zur Heilung. Tuffier (223) heilte resp. besserte zwei Fälle von Basedow'scher Krankheit durch partielle Thyroidectomie. Poncet (223) bespricht die Störungen nach Operationen an der Thyreoidea bei Basedow'scher Krankheit. Nach Abadie (511, 382) führt die Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit leicht zu Myxödem, Recidiven und auch zu plötzlichem Tod; A. empfiehlt die ungefährliche Durchschneidung des Halssympathicus, die totale Resection desselben nach Jonnesco ist nicht nöthig. Jonnesco (512) empfiehlt die totale Resection des Halssympathicus bei Basedow'scher Krankheit, damit die Mehrzahl der herzbeschleunigenden Fasern entfernt wird. Für die Wahrheit der Theorie, dass die Basedow'sche Krankheit durch Reizung der vasodilatatorischen Fasern des Halssympathicus oder ihrer centralen Kerne entsteht, führt de Grandmaison (382) die therapeutischen Erfolge an, die er selbst sowie Jaboulay, Abadie, Jonnesco, Marchant, Reclus durch Resection des Halssympathicus erzielten. Nach Péan (383) ist die Basedow'sche Krankheit durch Medicamente nicht heilbar; nach Thyroidectomie sind zahlreiche und dauernde Heilungen zu verzeichnen. Gérard Marchand (345, 346) beschreibt einen Fall, in dem bei Basedow'scher Krankheit nach doppelseitiger Resection des Halssympathicus nach 3 Monaten der Exophthalmus wiederkehrte. Abadie (168) hält die Basedow'sche Krankheit für den Ausdruck einer ständigen Reizung der vasodilatatorischen Fasern des Halssympathicus. Der Exophthalmus verschwindet nach Durchschneidung des Sympathicus in Folge Verengerung der Gefässe. Jaboulay (168) glaubt nicht, dass das Nachlassen des Exophthalmus durch Veränderung im Gefässapparat, sondern durch Lähmung der Augenmuskeln bedingt ist; derselbe Autor betont verschiedentlich (44, 383, 421, 512), dass die Durchschneidung des Halssympathicus in der Therapie des Morbus Basedowii vor allen anderen Methoden den Vorzug verdient; er nimmt mit Recht die Priorität dieser Operationsmethode gegen Jonnesco in Anspruch, der sich die totale Resection des Halssympathicus zuschreibt. Jonnesco resecirte (45) den Halssympathicus bei Morbus Basedowii und Epilepsie. Reclus (474) operirte einen Fall von

Morbus Basedowii, Bernoud (474) 2 Fälle, Faure (511) 3 Fälle nach Jaboulay; Faure warnt, da ihm ein Patient in der Chloroformnarkose starb, vor Anwendung des Chloroforms gerade bei diesem Eingriff, weil das Herz durch die Sympathicusresection einer der Quellen seiner Energie beraubt, der Giftwirkung des Chloroforms eher unterliegt; er will in Zukunft Aether gebrauchen.

Anderson (107) behandelte einen Fall von Myxoedem mit Thyroidintabletten mit gutem Erfolge. Nach Fisher (271) führte in einem Fall von postoperativem Myxoedem Schilddrüsenverfütterung zur Besserung, obgleich die Exstirpation der Schilddrüse 10 Jahre zurücklag. Sarynon (476) beschreibt einen Fall, in dem 1 Jahr nach der nicht vollständigen Enucleation der Schilddrüse Cachexie und allgemeines Myxoedem entstand. Pfannenstiel (476) liefert eine Arbeit über den jetzigen Stand der Lehre vom Myxoedem; ferner brachte er 2 Fälle von Myxoedem mit Thyreoidintabletten zur Heilung. Combe (513) beschreibt die verschiedenen Formen des Myxoedems. Seldowitsch (43, 106) beschreibt einen Fall von Myxoedem nach Entfernung einer Struma accessoria baseos linguae.

Ferrier (42) beschreibt eine acute Kropfepidemie, die bei einem Regiment wahrscheinlich ausbrach, als es durch die Kropfgegenden des Drôme-Departements marschirte. de Luca und d'Angiero (269) berichten über die antitoxische Kraft der Schilddrüse. Lindemann (474) fand bei der Section von 4 Patienten, die Icterus durch Carcinom des Duct. choledochus hatten, bei der Section enorme Mengen von Colloid in der Schilddrüse. Ueber Kropf und Schwangerschaft berichtet Bonnaire (558), über Abscess der Schilddrüse bei Pleuritis Barclay und Cruikshank (558). Bei einem vor 10 Jahren syphilitisch inficirten Patienten schwand nach Dubois-Havenith (168) ein Kropf nach Behandlung mit dem constanten Strom; ein Recidiv nach einem Jahre heilte nach Darreichung von Schilddrüsentabletten. Clarke (381) beschreibt einen Fall von Gumma des Isthmus der Schilddrüse. Szántó Manó (344) schildert einen Fall von Phlegmasia alba dolens, complicirt mit Thyreoiditis acuta. Graser (167) berichtet über den gegenwärtigen Stand der Schilddrüsenfrage. Bei Struma der Zungenwurzel handelt es sich nach Chamisso (106) stets um weibliche Patienten. Guéniot (270) beschreibt eine eitrige Schilddrüsenentzündung nach Typhus mit schweren suffocativen Entzündungen. Moser (559) beobachtete eine Eiterung in der linken vergrösserten Schilddrüse.

Paul (271) berichtet über 23 chirurgisch behandelte Tumoren und Vergrösserungen der Schilddrüse. Kolb (344) entfernte eine Struma in Hypnose. Doubre (221) bespricht die verschiedenen chirurgischen Maassnahmen bei Kropf. Ueber die Durchschneidung des Halssympathicus behält er sich sein Urtheil vor. Fox (270) berichtet über einen Fall von Kropf, bei dem Tod in der Chloroformnarkose eintrat; bei der Section zeigte sich, dass extreme Trachealstenose bestand. Goris (270) operirte einen Fall von tiefem retrosternalen Kropf. Paul (510) theilt einen Fall mit, bei dem $2^1/_2$ Tage nach der Operation der Tod eintrat. Bei einem Falle von Jourdanet (472) wuchs ein seit 25 Jahren bestehender Kropf so sehr und rasch, dass er Erstickungsanfälle verursachte; bei der Operation wurde eine Cyste ausgeschält, die einen Liter Flüssigkeit enthielt. Krecke (559)

theilt einen Fall von Struma intrathoracica mit, der nach Schleich's Methode operirt wurde. Wölfler (559) dislocirte einen zwischen Sternum und Trachea eingekeilten Kropf. Bei einem von Böttcher (473) an Sarcom der Schilddrüse operirten 50jährigen Manne trat am Tage nach der Operation in Folge von Pneumonie der Tod ein. Bei einer Frau traten nach Drainirung eines Cystenkropfes, wie Loyson (473) berichtigt, trophische Störungen auf, die an Myxödem denken liessen. Rodocanachi (419) bespricht die beunruhigenden Symptome, die nach Operationen an der Schilddrüse auftreten.

Lanz (45) und Dobrowsky (223) machen Mittheilung über die Schilddrüsenverordnung bei Kindern. Cross (475) verfütterte an 20 Geisteskranke Schilddrüsen; bei allen trat körperliche Reaction, d. h. Temperatur- und Athemsteigerung, Vermehrung der Pulszahl ein, dagegen war die geistige Reaction nicht bedeutend. Wunderlich (510) berichtet über ein 9jähriges Mädchen, das im Wachsthum zurückgeblieben war, rauhe, trockene Haut hatte, rechts keine Schilddrüse hatte, links einen kleinen Lappen; durch Schilddrüsentabloids wurde der Zustand der Patientin gebessert. Déjare (475) behandelte einen Fall von Hämophilie mit Thyroidkapseln; die Blutungen sistirten darauf. Zaroubine (45) hält bei Hautkrankheiten Schilddrüsenpräparate für werthlos, bei Anämie und Herzstörungen für schädlich. Nach Herrick (45) wirkt Schilddrüse heilend bei Myxödem, in vielen Fällen von Fettsucht, einfacher hyperplastischer Struma (wobei sie unbegrenzt lange gegeben werden muss), in vielen Fällen von Tetanie, zweifelhaft bei Haut-, Geistes- und Nervenkrankheiten, ist contraindicirt bei Basedow. Evans (167) verfütterte in einem Fall von experimenteller Thyroidectomie beim Hunde getrocknete Schilddrüse. Zwei Tage nach Herausnahme der 2. Schilddrüse begann die Cachexie. Fawsett (168) besserte einen Fall von Kropf mit Thyroidtabletten. Hiebel (169) fand nach Thyreoidin bei einem Patienten eine Abnahme des Körpergewichts durch Fettschwund von 1—1 $^1/_2$ kg in der Woche, die Wirkung auf den Kropf lässt er in suspenso. Lindley (169) berichtet eingehend über die Erfolge der Thyroidtherapie. Hauszel (270) gab bei 220 Strumen Thyreoidin Merck, täglich eine Pastille gleich 0,35 g: er hatte den günstigsten Erfolg bei parenchymatösen Strumen. Bernays (221) heilte einen Fall von Kropf durch Jodothyrin. Hayes (558) behandelte einen Fall von acutem Kropf erfolgreich mit Thyroidextract. Nach Brian (419) leistet das Jodothyrin nur gute Dienste bei kleinen, frischen, fleischigen Kröpfen der jungen Leute, die mit Athemstörungen einhergehen. Ehrmann (269) beobachtete Joderythem nach Darreichung von Jodothyrin. Amabel (107) behandelte Kropf erfolgreich mit dem galvanischen Strom, tonischem Regime und Jodpräparaten. Serapin (43) berichtet über die Behandlung chirurgischer Formen von Struma mit Schilddrüsenpräparaten. Fock (107), A. Rosenberg (473), Frey (473) behandelten Strumen mittelst parenchymatöser Injectionen. Ghosal (167) behandelte mit Erfolg einen Fall von Kropf mit verdünnter Fluorwasserstoffsäure. X. (Therap. Wochenschr. No. 24. 1897) giebt Glandul. Thymi sicc. pulv. (2,5—5 g pro die), bei Strumen in Fällen, wo Schilddrüsenpräparate versagen, und bei Basedow'scher Krankheit.

Katzenstein.

G. Oesophagus.

C. L. Legrand (45) stellt 63 Fälle von blind endigendem Oesophagus zusammen, unter denen sich 3 neue finden. Er unterscheidet 6 Formen: a) Fehlen des Oesophagus, b) blinde Endigung mit oder ohne Communication mit der Trachea oder Verschluss durch ein Diaphragma, c) Verengerungen, d) Tracheooesophagealfisteln, e) Ectasien und Divertikel, f) Verdoppelung; 23mal fanden sich ausser Oesophagusmissbildung Missbildungen an anderen Organen. Als einzig mögliche, aber nicht sehr erfolgversprechende Behandlung empfiehlt er die Gastrotomie. — Einen hierher gehörigen Fall publicirt Kessik Bowes (46). — Jaffé (46) hat die idiopathischen Oesophaguserweiterungen im Anschluss an einen selbst beobachteten Fall bearbeitet. — Rumpel (46) glaubt durch die Einführung je einer Sonde in Magen und Speiseröhre und die Ausspülung des zurückgeheberten Inhalts die Diagnose der Oesophaguskrankheiten zu erleichtern. — Fälle von Speiseröhrenerweiterung veröffentlichen Cadéac (515) beim Hund und Verrière (515) beim Menschen, ein tiefes Oesophagusdivertikel hat Reitzenstein (515) beobachtet. — Als hauptsächlichste Symptome der Divertikel bezeichnet Butlin (516) das Erbrechen unveränderter Speisen, das Zurücktreten von Speisen und Flüssigkeiten in den Mund bei Druck auf die Seite des Halses im unteren Halsdreieck und das Steckenbleiben der Sonde. — 1 Fall von Strictur beschreibt L. Schooler (47), die Verengerung war durch eine abnorme Lagerung des Oesophagus bedingt und bestand bereits seit frühester Kindheit. — Durch Aetzungen entstandene Verengerungen behandeln in ihren Arbeiten: R. Scot Skirving (422), Preetorius (170), Fliess (476), in Folge von Syphilis: Lannois (566). Zur Erweiterung von Stenosen empfiehlt: Zeehuisen (108, 170) an Seidenfäden befestigte allmählich stärker werdende Silberkugeln, Lannois (566) die Jaboulay'schen Sonden, Ebstein (61, 515) und Rosenheim (557) die endoskopische Anwendung von Laminaria und Kautschukdrains, Gilles (272) die lineäre Elektrolyse bei Stricturen und die locale Anwendung des schwachen constanten Stroms bei Spasmen, E. Ribas y Ribas (557) die chirurgische Behandlung. — Zur Diagnosenstellung führt Doyen (346) eine entweder mit Metallknopf versehene oder mit Hg gefüllte Sonde bis an die Stenose und radiographirt dann.

Eine spontane Ruptur des gesunden Oesophagus beim Erbrechen sahen S. West und F. W. Andrewes (46). — Die Perforation des Oesophagus und der Aorta durch einen Knochen beobachteten W. E. Hills (516) und Ino A. Wyeth (47). — Schröder (169) verlor einen Patienten an Lungengangrän in Folge von Perforation des Oesophagus durch einen Knochen, Vilain (272) durch Perforation nach der Trachea.

Ausset (47) und Variot (422) beobachteten spontanen Abgang von Fremdkörpern. — Die Extraction von Fremdkörpern per vias naturales wurde von A. Jeffreys Wood (169), A. A. Law (384), Treitel (430), White (556), Martinez (557) vorgenommen. Die Oesophagotomie wegen Fremdkörper machten: Charles S. Ryan (47), Tom T. Bull und John B. Walker (48), J. Boice (224), L. Monnaie (224), A. A. Snyder (272), E. T. Tappey (384), J. Ko-

sinski (170), J. Lemaistre (346) und Hugot und Rollet (556). Die Gastrotomie machten Lockwood (48) und Preetorius (170).

Eine wesentliche Rolle für die Diagnose des Vorhandenseins und der Lage der Fremdkörper spielen die Röntgenstrahlen. Barbarini (108), J. W. Keefe (108), A. Jeffreys Wood (169), L. Monnaie (224), E. T. Tappey (384), Treitel (430), Comte (476), Hugot und Rollet (556) und New York Med. Rec. (108) liefern einschlägige Beobachtungen. — Jeffreys Wood (169) erkannte den Sitz einer Münze durch einen mit einem Galvanometer verbundenen Münzenfänger. — Kosinski (170) empfiehlt bei Kindern stets die Anwendung der Narkose zwecks Untersuchung auf Fremdkörper. — Reitzenstein (515) erkannte ein tiefes Divertikel durch die X-Strahlen; Doyen (346) bestimmte den Sitz von Stricturen durch die Skioskopie. — von Hacker (114) hält die Oesophagoskopie für ein klinisch-diagnostisches Hilfsmittel, das aber bisweilen besonders bei Fremdkörpern auch therapeutischen Zwecken dient. — Gottstein (114) empfiehlt für die Oesophagoskopie die Seitenlage nach Mikulicz, Kelling (223) und Einhorn (421) biegsame resp. gegliederte Oesophagoskope. — Mit der Oesophagoskopie beschäftigen sich ferner die Arbeiten von Stoerk (61) und Merckel (223) und Rosenheim (114) in der Discussion über den von Hacker'schen Vortrag. — Zaleski (516) beschreibt einen Fall von Ulcus perforans oesophagi. — Bussenius (431) demonstrirte in der Berl. laryng. Gesellschaft eine 25 cm lange Membran glatte Muskelfasern enthaltend, die nach einer submucösen Oesophagitis in Folge von Laugenätzung gebildet und ausgehustet wurde.

In einem Vortrag in der Americ. Laryng. Association weist Coolidge (280) auf die hysterische Dysphagie hin, welche er als Schluckbeschwerden ohne Ursache, basirend auf Hysterie definirt. In der Discussion wurde von Hubbard, Lowman, Daly auf die Schwierigkeit der Diagnose und auf die Gefahr der Sondirung hingewiesen. — Gleitsman, Swain, Farlow sahen einen Zusammenhang von Dysphagie mit der Zungentonsille; Samuel Johnston und Farlow mit einem Cerumenpfropf.

Bei den Veröffentlichungen über Carcinoma oesophagi handelt es sich meistens um casuistische Mittheilungen, so bei Bard (109), Vandervelde (170), E. Meyer (429), Bussenius (431) und Charles Levy (224), bei dem ein Epitheliomknoten in der Haut bei einem Carcinoma oesophagi vorhanden war. — Gleichzeitiges Vorkommen von Tuberculosis und Carcinoma oesophagi — erstere war das Primäre — sahen W. Pepper und D. L. Edsall (224); Brosch (272) berichtet über den Durchbruch eines Carc. oesophag. in eine tuberculöse Caverne. — Mit der Druckwirkung von Speiseröhrenkrebsen auf die Recurrentes beschäftigen sich die Publicationen von Semon und Savory (384 und 423), Alexander (429) und Clifford Beale (519); in dem Falle von Bureau (384) griff das Carc. oesoph. auf Cor und Pulmones über, comprimirte den Vagus und veranlasste auf diese Weise Tachycardie. — J. Mintz (109) betont, dass das Carc. oesoph. keine wesentlichen Veränderungen im Mechanismus und Chemismus des Magens bedingt. — Hitzig lenkt (384 und 422) die Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit von Pupillendifferenz bei Speiseröhrenkrebs. — Die operative Herstellung eines künstlichen Nahrungsweges bei tiefem Pharynx-

und hohen Oesophaguscarcinomen schildert Jaboulay (171). — Oesophagusresectionen wegen Carcinom unternahm Narath (171) in einem Falle ohne, im andern mit temporärem Erfolg. — Henry Butlin (516) entfernte ein Oesophagusdivertikel operativ. — Pichler (346) fand als zufälligen Sectionsbefund 14 Leiomyome des Oesophagus, welche intra vitam vollständig latent geblieben waren.

Von Instrumenten beschreibt Mayhaw (272) eine modificirte Schlundsonde.

E. Meyer.

III. Briefkasten.

Personalia.

Vom nächsten Jahre an tritt Dr. Logan Turner (Edinburgh) in die Reihe unserer ständigen Mitarbeiter ein.

XIII. Internationaler Medicinischer Congress Paris 1900.

Von dem Secretär der Section für Laryngologie und Rhinologie, Herrn Collegen Marcel Lermoyez, erhalten wir folgende Mittheilung:

„Le Sécrétaire Général du Congrès m'a prié de faire savoir aux collègues étrangers la création de deux sections distinctes, l'une d'Otologie, l'autre de Rhino-Laryngologie."

Indem wir von dem Beschluss des Centralcomités gern Kenntniss nehmen, behalten wir uns vor, auf die Stellung der Laryngologie bei internationalen Congressen und auf ihre Verbindung mit der Otologie in Kürze ausführlicher zurückzukommen.

Jahresversammlung der Western Ophtalmologic and Oto-Rhinologic Association.

Die nächste Jahresversammlung dieser Gesellschaft wird in New Orleans am 10. und 11. Februar 1899 tagen. Diese Tage sind gewählt worden, um Besuchern die Gelegenheit zu geben, den Fastnachtscarneval zu sehen, der am 13. und 14. abgehalten wird.

Die Titel beabsichtigter Mittheilungen sind an den Secretär Dr. Thomas F. Rumbold, St. Louis, oder an den Vicepräsidenten und Vorsitzenden des Empfangscomités, Dr. W. Scheppegrell, New Orleans zu senden.

Der Vorstand der Gesellschaft ist:

Dr. J. E. Colburn, Chicago: Präsident.
Dr. W. Scheppegrell, New Orleans: Erster Vicepräsident.
Dr. C. A. Wood, Chicago: Zweiter Vicepräsident.
Dr. F. M. Rumbold, St. Louis: Secretär.
Dr. W. L. Dayton, Lincoln, Neb.: Schatzmeister.



Wilhelm Meyer-Denkmal.

Rechnungsablage.

Credit.

	£	sh	p	Kroner
A. Beiträge (in der Reihenfolge, wie sie eingegangen sind):				
1. Norwegen (durch Prof. Uchermann)				235,00
2. Oesterreich (durch Sir Felix Semon)	4	2	7	
3. Polen do.	10	13	0	
4. Italien do.	12	12	6	
5. Ungarn do.	23	13	9	
6. Spanien do.	4	13	4	
7. Australien do.	7	7	0	
	63	2	2 =	1143,64
8. Oesterreichische Ohrenärzte do.				59,20
9. Holland (durch Prof. Guye)				243,65
10. Schweiz (durch Dr. Secretan)				135,72
11. Belgien (durch Dr. Delie)				98,82
12. Frankreich (durch Prof. Moure)				588,35
13. Grossbritannien (durch Mr. Cumberbatch)				4200,00
14. Vereinigte Staaten von Nordamerika (durch Dr. Bryson Delavan)				3630,00
15. Deutschland (durch Dr. E. Meyer)				2023,73
16. Russland (durch Dr. Rauchfuss)				483,80
17. Dänemark (durch Dr. Holger Mygind)				4053,06
B. Zinsen				935,34
				Kroner 17930,31

Debet.

	Kroner
A. Dr. Schmiegelow's Rechnung für Kosten der Enthüllungsfeierlichkeit	499,80
B. An die Herren Prof. Bissen und Runeberg	17430,51
	Kroner 17930,31

Copenhagen, den 29. October 1898.

Holger Mygind,
Ehrensecretär des Internationalen Comités.

Die obige Rechnungsablage ist von den Unterzeichneten geprüft und richtig befunden worden.

Dr. Carl Jul. Salomonsen. E. Schmiegelow.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die dünn gedruckten auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. sich beziehen.

C.

D.

H.

J. I.

K.

L.

W.

X.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

